



SOROPTIMIST CLUB DI MERATE
SOROPTIMIST CLUB DI BIELLA

Guida sanitaria multilingue

per i cittadini
e gli operatori sanitari

Guida sanitaria multilingue

دليل صحي متعدد اللغات

多语种医疗卫生手册

Sanitarne upzute

Guide sanitaire multilingue

Multi-language health guide

Ghid sanitar multilingv

Многоязычное санитарное руководство

Sanitarni vodič

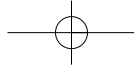
Guia sanitaria multilingue

Mehrsprachiger Gesundheitsfuhrer

con il
patrocinio

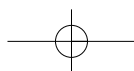


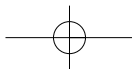
AZIENDA SANITARIA
LOCALE DI BIELLA



“Il godimento del miglior stato di salute raggiungibile
costituisce uno dei diritti fondamentali di ogni essere umano
senza distinzione di razza, religione, opinioni politiche,
condizione economica o sociale”

*Preambolo dell'atto costitutivo dell'OMS
Organizzazione Mondiale della Sanità - 1946*





Realizzato da:

SOROPTIMIST CLUB DI MERATE
COMMISSIONE SALUTE
Anna Colombo
Valeria De Micheli
Foffa Garruti
Paola Pizzaferrì
Maria Ines Riva

Per le traduzioni:

Paola Formenti
CITI sas - Merate

Si ringraziano:

Gli Assessori della Città di Merate:
- ai Servizi Sociali, dott. ing. Domenico Cavana
- alla Cultura, prof.ssa Gabriella Mauri



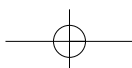
Con il patrocinio:

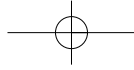


Progetto grafico e videoimpaginazione
Graphic Team - Monticello B.za (Lc)

Prestampa, stampa e legatoria
A.G. Bellavite - Missaglia (Lc)

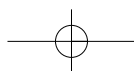
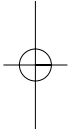
© Copyright 2006
Soroptimist Club di Merate,
Tutti i diritti sono riservati

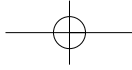




Indice

Arabo	عربي	1
Cinese	中文	2
Croato	Hrvatski	3
Francese	Français	4
Inglese	English	5
Moldavo	Moldoveana	6
Russo	русский	7
Serbo	Srpski	8
Spagnolo	Español	9
Tedesco	German	10





La diffusione di questa Guida Sanitaria nasce dalla stretta collaborazione con il Soroptimist Club di Merate: le nostre amiche di Merate hanno infatti ideato e pubblicato nel 2006 una Guida Sanitaria Multilingue diffondendo nel territorio e tra i Club Italiani.

La guida Sanitaria di Merate ha riscosso molti consensi da parte delle strutture ospedaliere, della Caritas, ma anche di associazioni e comunità che svolgono quotidianamente un'azione di sostegno ai cittadini stranieri, sempre più numerosi, nelle nostre realtà.

La guida che abbiamo realizzato per Biella è stata integralmente recepita e mantenuta, con tutte le lingue che sono state inserite ed utilizzate; è stata messa a disposizione del nostro territorio, con tutte le lingue delle etnie che la compongono, che comunque negli ultimi anni sono presenti anche nelle nostre aree.

Il Soroptimist svolge per vocazione e finalità l'azione di sostegno alle donne in ogni ambito e questo meraviglioso ed utilissimo progetto ne è un esempio.

A nome di tutto il club ringrazio di cuore le amiche di Merate, che hanno messo a disposizione la pubblicazione ed hanno consentito che anche nella Provincia di Biella la Guida Sanitaria Multilingue possa essere diffusa.

Ringrazio la PD Nazionale, Paola Pizzaferrì, la Presidente del Club di Merate, Valeria De Micheli che hanno consentito la realizzazione di questo progetto.

Ringrazio la nostra PD, Alessandra Bora Ceria che con il suo impegno ha materialmente reso possibile la diffusione; ringrazio la nostra socia, dott.ssa Antonella Croso dell'Asl di Biella, che si è prodigata per noi in ambito Sanitario.

Ringrazio la Direzione Generale dell'Asl di Biella per la sensibilità dimostrata; ringrazio i nostri partner che hanno sostenuto anche economicamente il progetto: Feltyde grafica, stampa e web di Biella; Marco Castellano Consulente e Assicuratore Credito e Cauzioni. Ag. di Biella; AXA Assicurazioni M.T Consulenza Assicurativa di Massimo Tara & C.; HxH Hair For Heroes; Hour Beauty Spa Biella.

Oggi anche presso le sedi dell'Asl di Biella è possibile trovare questo documento, un valido supporto nel momento delicato dell'accoglienza e dell'integrazione delle donne in ambito medico, ma non solo. La barriera linguistica è il primo vero ostacolo da superare.

Raffaella Miori
Presidente Soroptimist Club Biella

Introduzione

Questa pubblicazione è stata realizzata dalla Commissione Salute del Soroptimist Club di Merate, fondato a Merate il 4 dicembre 2004.

Il Soroptimist International è un'organizzazione mondiale nata nel 1921 negli Stati Uniti e diffusa in 129 paesi nel mondo. È una libera associazione di donne impegnate in campo professionale, sociale e culturale nei vari ambiti della società, motivate dalla propensione all'umana solidarietà. Lo Statuto dell'Unione Italiana, all'art. III, precisa che il Soroptimist International è una voce universale per le donne che si esprime attraverso la presa coscienza, il sostegno e l'azione e prevede il dovere di promuovere le seguenti finalità:

Perseguire

- L'avanzamento della condizione delle donne
- L'osservanza di principi di elevata moralità
- Il rispetto dei diritti umani per tutti
- L'uguaglianza, lo sviluppo e la pace attraverso il buon volere, la comprensione e l'amicizia internazionale.

Impegnarsi

- A servire le comunità locali, nazionali e internazionali
- A partecipare attivamente alle decisioni a tutti i livelli della società

Il Soroptimist persegue l'obiettivo di realizzare le finalità statutarie con particolare attenzione ai campi dell'educazione e della cultura, dell'ambiente, della salute, della promozione dei diritti umani e della condizione femminile, della comprensione internazionale.

Desiderando operare nella prospettiva di contribuire all'intesa tra i popoli e tra le diverse culture, il Soroptimist Club di Merate, ed in particolare la Commissione Salute, costituita da medici e farmacisti, si fa promotore di questa iniziativa, allo scopo di facilitare l'approccio dei cittadini stranieri con gli operatori sanitari e con le relative strutture.

Nel predisporre la guida sanitaria, sono state prese in considerazione le lingue parlate dai gruppi immigrati stranieri maggiormente presenti sul nostro territorio, quali: inglese, francese, tedesco, spagnolo, arabo, cinese, moldavo, russo, serbo e croato.

La pubblicazione prevede: la guida all'anamnesi e alla terapia, ed è rivolta al medico di medicina generale, ai farmacisti e agli altri operatori sanitari; una serie di domande che i cittadini stranieri possono rivolgere agli stessi operatori; un vocabolario essenziale delle varie lingue utilizzate.

Il Soroptimist Club di Merate, nello spirito di servizio in cui è impegnato, si augura che questa guida multilingue possa fornire un aiuto concreto e venire incontro alle necessità ed all'integrazione dei diversi gruppi etnici del territorio.

La Presidente
Anna Bianchi

ARABO

Guida sanitaria multilingue

per i cittadini e gli operatori sanitari

Guida all'anamnesi ed alla terapia

**SEZIONE PER IL MEDICO/FARMACISTA
OPERATORE SANITARIO**

1. PAESI D'ORIGINE - VIAGGI

- 1) Qual è il suo Paese d'origine?
- 2) Parla e capisce:
- | | | |
|-------------|-----------------------------|-----------------------------|
| a) italiano | <input type="checkbox"/> si | <input type="checkbox"/> no |
| b) inglese | <input type="checkbox"/> si | <input type="checkbox"/> no |
| c) francese | <input type="checkbox"/> si | <input type="checkbox"/> no |
- 3) Qual è stato l'ultimo Paese da lei visitato?

2. CONDIZIONI AMBIENTALI-ABITATIVE

- 1) Dove vive?
- | | | |
|-------------------------------|-----------------------------|-----------------------------|
| a) In un appartamento | <input type="checkbox"/> si | <input type="checkbox"/> no |
| b) in uno stabile abbandonato | <input type="checkbox"/> si | <input type="checkbox"/> no |
| c) all'adiaccio | <input type="checkbox"/> si | <input type="checkbox"/> no |
- 2) Convive con altre persone?
- 3) Nella sua abitazione c'è:
- | | | |
|-------------------|-----------------------------|-----------------------------|
| a) acqua corrente | <input type="checkbox"/> si | <input type="checkbox"/> no |
| b) riscaldamento | <input type="checkbox"/> si | <input type="checkbox"/> no |
| c) bagno | <input type="checkbox"/> si | <input type="checkbox"/> no |
- 4) Nella sua abitazione ci sono animali domestici?
- 5) Vive in:
- | | | |
|-------------|-----------------------------|-----------------------------|
| a) campagna | <input type="checkbox"/> si | <input type="checkbox"/> no |
| b) città | <input type="checkbox"/> si | <input type="checkbox"/> no |

3. DIETA

- 1) Consuma bevande alcoliche? si no
- 2) Quanti bicchieri al giorno?
- 3) Ha mangiato alimenti crudi? si no
- 4) Ha bevuto acqua non imbottigliata? si no
- 5) Ha bevuto latte fresco non confezionato? si no

4. PROFESSIONE/TEMPO LIBERO

- 1) Che lavoro svolge? a) Agricoltore/ b) muratore/ c) operaio di industria alimentare/ d) di industria tessile/ e) di industria meccanica/ f) tipografo/ g) idraulico/ h) impiegato/ i) casalinga/ l) badante/ m) imbianchino/ n) dirigente/ o) libero professionista/ p) commerciante
- 2) Il suo lavoro implica contatti con sostanze chimiche si no
- 3) Prima dell'attuale, ha svolto altri lavori? Quali?
- 4) Lavora:
- | | | |
|-----------------------|-----------------------------|-----------------------------|
| a) all'aperto | <input type="checkbox"/> si | <input type="checkbox"/> no |
| b) in ambiente chiuso | <input type="checkbox"/> si | <input type="checkbox"/> no |

مرشدة صحية متعدد اللغات للمواطنين والمستخدمين الصحيين

إرشادات لإعداد وصف الحالات والعلاج للطبيب والصيدلي والخادم في المجال الصحي

1. بلدان الأصل - رحلات

- (1 - ما هو بلدك الأصلي؟
 (2 - هل تتكلم و تفهم (a) الإيطالية
 (b) الإنجليزية
 (c) الفرنسية؟
 (3 - ما هو البلد الأخير الذي قمت بزيارته؟
- نعم لا
- نعم لا
- نعم لا

2. الأوضاع البيئية / السكنية

- (1 - أين تسكن (a) بشقة
 (b) بمبنى مهجور
 (c) في الخلاء؟
 (2 - هل تسكن مع أشخاص آخرين؟
 (3 - هل يوجد بالمسكن حيث تعيش (a) ماء
 (b) تدفئة
 (c) حمام؟
 (4 - هل توجد حيوانات بمكان السكن؟
 (5 - هل تسكن بـ (a) الريف
 (b) بداخل المدينة؟
- نعم لا
- نعم لا
- نعم لا
- نعم لا
- نعم لا
- نعم لا
- نعم لا
- نعم لا
- نعم لا

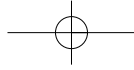
3. التغذية

- (1 - هل تشرب مشروبات كحولية؟
 (2 - كم كوب تشرب في اليوم؟
 (3 - هل أكلت وجبات غير مطبوخة؟
 (4 - هل شربت ماء أو مشروبات غير معبأة؟
 (5 - هل شربت حليب طازج غير معلب؟
- نعم لا
- نعم لا
- نعم لا
- نعم لا

4. المهنة / أوقات الراحة

- (1 - ما هي مهنتك؟ مزارع / عامل بناء / عامل بمصنع أغذية / بمصنع نسيج / بمصنع ميكانيكي / عامل طباعة / سمكري / موظف / ربة بيت / مساعدة منزلية / زواق جيار / مدير / عامل حر / تاجر.

- (2 - هل تستعمل مواد كيميائية في تنفيذ عملك؟
 (3 - تعمل:
 (a) بمكان على الهواء الطلق؟
 (b) بمكان مقفول؟
- نعم لا
- نعم لا
- نعم لا

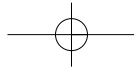


5. ANAMNESI FAMILIARE - FISIOLOGICA

- 1) È sposato? sì no
- 2) Convivente con un partner? sì no
- 3) Ha figli? sì no
- 4) Quanti?
- 5) Di che età?
- 6) I suoi familiari soffrono di malattie importanti, quali a) diabete/ b) ipertensione arteriosa/ c) malattie cardiache/ d) malattie genetiche/ e) allergie/ f) tumori/ g) tubercolosi/ h) infezione da HIV/ i) epatiti/ l) lebbra?
- 7) Fa uso o ha fatto uso di sostanze stupefacenti? sì no

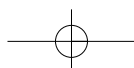
6. ANAMNESI GINECOLOGICA

- 1) A quanti anni ha avuto le prime mestruazioni?
- 2) Ha avuto gravidanze: a) normali sì no
b) complicate sì no
c) aborti sì no
- 3) Ritieni di essere in gravidanza? sì no
- 4) Data delle ultime mestruazioni
- Gennaio
- Febbraio
- Marzo
- Aprile
- Maggio
- Giugno
- Luglio
- Agosto
- Settembre 1 - 7
- Ottobre 8 - 14
- Novembre 15 - 21
- Dicembre 22 - 31
- 5) È in menopausa? sì no
- 6) Da quanti anni?
- 7) Ha dolori mestruali? sì no
- 8) Ha perdite intermestruali? sì no
- 9) Ha prurito vaginale? sì no
- 10) Ha dolore durante i rapporti sessuali? sì no
- 11) Sta allattando? sì no
- 12) Prende la pillola? sì no
- 13) Assume farmaci per la menopausa? sì no
- 14) Le è stata posizionata una spirale (IUD)? sì no
- 15) Ha fatto un pap test? sì no
- 16) Quando?
- 17) Ha fatto una mammografia? sì no
- 18) Quando?



7. ANAMNESI PATOLOGICA/INTERVISTA AL PAZIENTE

- 1) Ha con se documentazione medica di a) visite/ b) ricoveri/ c) interventi chirurgici/ d) esami del sangue/ e) esami strumentali?
- 2) Ha subito: a) interventi chirurgici si no
 b) infortuni sul lavoro si no
 c) infortuni a domicilio si no
- 3) Da bambino ha avuto: a) la varicella si no
 b) il morbillo si no
 c) la rosolia si no
 d) gli orecchioni si no
 e) la scarlattina si no
 f) il reumatismo articolare acuto si no
- 4) Soffre di: a) asma si no
 b) malattie allergiche b1) respiratorie/
 b2) alimentari/ b3) della pelle?
- 5) Ha contratto: a) la tubercolosi si no
 b) l'epatite si no
 c) l'infezione da HIV si no
 d) la lebbra si no
- 6) Ha mai avuto tumori? si no
- 7) Ha mai fatto radioterapia o chemioterapia? si no
- 8) Ha mai ricevuto trasfusioni di sangue? si no
- 9) Se si, dove e quando è stato trasfuso?
- 10) Soffre di malattie del sangue? si no
- 11) Soffre di emofilia? si no
- 12) Perde sangue con: a) le feci si no
 b) urine si no
 c) dal naso si no
 d) dai genitali si no
 e) mentre tossisce si no
- 13) Ha il diabete? si no
- 14) Soffre di malattie: a) della tiroide si no
 b) del surrene si no
 c) dell'ipofisi si no
- 15) Soffre di malattie del rene? si no
- 16) È in dialisi? si no
- 17) Soffre di malattie: a) dello stomaco si no
 b) del fegato si no
 c) dell'intestino si no
- 18) Soffre di malattie croniche respiratorie? Manca tutta!!! si no
- 19) Ha la pressione: a) alta si no
 b) bassa si no
- 20) Soffre di malattie del cuore? dei vasi sanguigni? si no
 a) infarto si no
 b) angina si no



7. وصف المرض / إستجواب للمريض

1- هل أحضرت معك المستندات الخاصة بالفحوصات الطبية / الإيواء بالمستشفى / العمليات الجراحية / نتائج الدم / الإختبارات الأخرى ؟

2 - هل تعرضت:

(a) لعمليات جراحية ؟

(b) لإصابات بالعمل ؟

(c) لإصابات بالمنزل ؟

(a) الحماق (جذري الماء) ؟

(b) الحصبة ؟

(c) الحميراء ؟

(d) النكاف ؟

(e) الحمى القرمزية ؟

(f) ريوماتيسم حاد بالمفاصل ؟

(a) ضيق في التنفس (أزما) ؟

(b) أمراض الرئوية تنفسية / غذائية / جلدية ؟

نعم لا

نعم لا

نعم لا

نعم لا

نعم لا

نعم لا

نعم لا

نعم لا

نعم لا

نعم لا

نعم لا

نعم لا

نعم لا

نعم لا

نعم لا

نعم لا

نعم لا

نعم لا

نعم لا

نعم لا

نعم لا

نعم لا

نعم لا

نعم لا

نعم لا

نعم لا

نعم لا

نعم لا

5 - هل أصيبت :

(a) بمرض السل ؟

(b) بالتهاب الكبد ؟

(c) بالأيدز ؟

(d) بمرض الجذام ؟

6 - هل أصيبت بأورام ؟

7 - هل قمت بإجراء أي علاج أشععي أو كيميائي ؟

8 - هل تم نقل دم إليك ؟

9 - إذا كانت إجابتك نعم ، أين و متى تم ذلك ؟

10 - هل أنت مصاب بأمراض الدم ؟

11 - هل أنت مصاب بمرض الناعور (النزاف) ؟

12 - هل تفقد دم:

(a) مع الغائط

(b) مع البول

(c) من الأنف

(d) من الأعضاء التناسل

(e) عندما تكحّ ؟

13 - هل لديك مرض السكري ؟

14 - هل أنت مصاب بأمراض:

(a) الغدد الدرقية

(b) الغدة فوق الكلوية

(c) الغدة النخامية

15 - هل لديك أمراض بالكلية ؟

16 - هل أنت تحت معالجة لغسيل الكلي ؟

17 - هل لديك أمراض

(a) بالمعدة

(b) بالكبد

(c) بالأمعاء ؟

19 - هل ضغط الدم لديك

20 - هل لديك أمراض قلبية ؟ أو بالأوعية الدموية ؟

(a) إحتشاء

(b) خناق

- 21) È portatore di: c) aritmia si no
d) protesi valvolari si no
e) pacemaker si no
f) defibrillatore si no
- 22) Ha disturbi intestinali? a) diarrea si no
b) stitichezza si no
- 23) Ha: a) dolori addominali si no
b) nausea si no
c) vomito si no
- 24) Ha quando urina: a) bruciore si no
b) dolore si no
c) difficoltà si no
- 25) Ha disturbi dell'erezione? si no
- 26) Deglutisce con difficoltà? si no
- 27) Rigurgita il cibo? si no
- 28) È recentemente: a) diminuito si no
b) aumentato di peso si no
- 29) Quanto e in quanto tempo? si no
- 30) Ha febbre? si no
- 31) Quanta? si no
- 32) Quando? si no
- 33) Ha notato a) ingrossamento/ b) dolore delle ghiandole?
c) collo si no
d) inguine si no
e) ascelle si no
- 34) Si sente stanco? si no
- 35) Soffre o ha sofferto di qualche malattia della pelle? si no
- 36) Ha sulla pelle: a) prurito si no
b) bruciore si no
- 37) Dove è localizzato? si no
- 38) Ha disturbi della: a) vista si no
b) udito si no
- 39) Soffre di: a) mal di denti si no
b) di gola si no
- 40) Ha: a) dolore al torace si no
b) tosse si no
c) catarro si no
- 41) Ha dolori: a) articolari si no
b) muscolari si no
- 42) Localizzati dove? si no
- 43) Soffre di mal di testa? si no
- 44) Soffre di: a) ansia si no
b) depressione si no
c) variazioni dell'umore si no

- 45) Ha subito: a) interventi chirurgici si no
b) ricoveri in ospedale si no
- 46) Quando e in quale ospedale?
- 47) Ha subito: a) traumi si no
b) incidenti stradali si no
c) è stato ferito si no
d) le sono stati dati punti di sutura si no
- 48) È stato: a) ingessato si no
b) immobilizzato si no
- 49) Ha difficoltà: a) a muoversi si no
b) a camminare si no
c) mantenere l'equilibrio si no
- 50) Ha difficoltà: a) a parlare si no
b) pronunciare le parole si no
c) capire quello che le viene detto si no
- 51) Ha disturbi della memoria? si no
- 52) Ha notato agli arti: a) gonfiore si no
b) dolore si no
c) pallore si no
d) cianosi si no
- 53) Ha difficoltà: a) a respirare a riposo si no
b) mentre cammina si no
c) mentre corre si no
d) mentre sale le scale si no
- 54) Quanti cuscini usa quando dorme?
- 55) Ha avuto rapporti sessuali: a) occasionali si no
b) omosessuali si no
- 56) È stato sottoposto a trapianto di organo? si no
- 57) È portatore di handicap fisico psichico, sensoriale? si no
- 58) Le persone che vivono con lei hanno o hanno avuto gli stessi sintomi? si no

8. VISITA MEDICA

- 1) a) Si spogli/ b) si vesta
- 2) Si metta sul lettino a) seduto/ b) sdraiato/ c) supino/ d) prono/
e) sul fianco destro/ f) sul fianco sinistro/ g) in piedi
- 3) Le misuro a) la pressione/ b) il polso/ c) la febbre
- 4) a) Apra/ b) chiuda la bocca
- 5) a) Respiri/ b) non respiri/ c) tossisca / d) lasci la pancia morbida
- 6) Fa male? si no
- 7) Sente? si no
- 8) Non sente? si no
- 9) Stringa la mia mano
- 10) Mantenga sollevata a) la gamba/ b) il braccio
- 11) Chiuda gli occhi

- (a) لعمليات جراحية هل تعرضت :
(b) الإيواء في المستشفى نعم لا
- (46 - متى و بأي مستشفى ؟
(47 - هل تعرضت :
(a) لإصابات خطيرة
(b) لحادثة طريق
(c) هل جُرحت ؟
(d) هل تم خياطة الجروح ؟
(a) التعضيد بالجبس ؟
(c) هل تم منع حركتك ؟
(a) في التحرك :
(b) في المشي
(c) في الحفاظ على التوازن
(a) في التكلم :
(b) في نطق الكلمات
(c) في فهم كلام الآخرين
(51 - هل لديك صعوبات في الذاكرة ؟
(52 - هل لاحظت :
(a) تورم
(b) ألم
(c) شحوب اللون
(d) إحتقان الأطراف ؟
(a) في التنفس عند الراحة :
(b) عند المشي
(c) عند الجري
(d) عند صعود السلم
(54 - كم وسادة تستعمل عند النوم ؟
(55 - هل قمت بممارسة الجنس :
(a) عشوائياً
(b) مع أحد من نفس الجنس
(56 - هل تعرضت لعملية زرع أعضاء جراحياً ؟
(57 - هل لديك عاهات جسدية أو نفسية أو حسية ؟
(58 - هل لدى أو كان لدى الأشخاص اللذين تعيش معهم نفس الأعراض التي لديك ؟

8. الفحص الطبي

- (1) الرجاء إخلع الملابس / بالإمكان لباسها ؟
(2) إجلس على السرير/ إستلقي عليه /إنبطح عليه /منكب / على الجنب الأيمن / على الجانب الأيسر/ قف فوقه.
(3) سأقوم بقياس الضغط/ جس النبض / الحرارة
(4) إفتح /أغلق فمك
(5) تنفس / لا تنفس / إسعل / إرخي بطنك
(6) هل يئلمك ؟
(7) هل تشعر ؟
(8) لا تشعر ؟
(9) أمسك يدي بشدة
(10) حافظ على رجلك / ذراعك مرتفعة
(11) أغلق عينيك
- نعم لا
نعم لا
نعم لا

- 12) Cammini 7 passi a) avanti/ b) indietro
 13) A casa misuri a) la temperatura/ b) la pressione
 14) Torni al controllo il giorno

9. RICHIESTA DI ESAMI DEL SANGUE/STRUMENTALI

- 1) Le è stata concessa qualche esenzione per patologia o per reddito? si no
 2) Ha una pensione di invalidità? si no
 3) Ha un'esenzione per invalidità civile? si no
 4) Ha un'assicurazione? si no
 5) Deve fare degli esami a) del sangue/ b) delle urine/ c) delle feci
 6) Deve fare una a) radiografia/ b) ecografia/ c) TAC/ d) RMN/
 e) elettrocardiogramma/ f) ecocardiogramma/ g) ecocolordoppler/
 h) gastroscopia/ i) colonscopia
 7) Deve prenotare una visita specialistica/ a) infettivologica/ b) cardiologica/
 c) ortopedica/ d) neurologica/ e) ginecologica/ f) dermatologica/
 g) otorinolaringoiatrica/ h) chirurgica/ i) pediatrica/ l) oculistica/
 m) odontoiatrica/ n) ematologica/ o) urologica
 8) Prenoti una a) prima visita/ b) visita di controllo/ c) visita urgente presso
 9) Deve andare in pronto soccorso
 10) Deve essere ricoverato in ospedale
 11) Deve fare a) terapia riabilitativa/ b) terapia fisica
 (c) ionoforesi/ d) massaggi/ e) tens/ f) trazioni/ g) infiltrazioni)

10. FARMACI/VACCINI

- 1) Usa abitualmente farmaci? si no
 2) Quali?
 3) Per quale malattia?
 4) Da quanto tempo ha sospeso le medicine?
 5) Ha una lista completa dei farmaci che usa? si no
 6) È in terapia: a) anticoagulante si no
 b) chemioterapica si no
 7) Fa uso di prodotti omeopatici o erbe medicinali? si no
 8) Quali?
 9) Da quanto tempo?
 10) Si è sottoposto a qualche vaccinazione? si no
 11) Quando?
 12) Quale?
 13) Ha mai avuto reazioni allergiche da farmaci? si no
 14) Per quali farmaci?
 15) Quando?

11. PRESCRIZIONI TERAPEUTICHE

Le prescrivo di:

- 1) assumere per bocca a) compresse/ b) pastiglie/ c) gocce/ d) capsule/
 e) cucchiari di sciroppo

- (12) أمشي سبع خطوات إلى الأمام / إلى الخلف
 (13) قس في منزلك درجة الحرارة / الضغط
 (14) إرجع لإعادة الفحص يوم.....

9. طلب إختبارات الدم / إختبارات أخرى

- (1) هل تحصلت على إعفاءات متعلقة بأمراض أو متعلقة بالودع الإقتصادي؟
 نعم لا
 (2) هل لديك تقاعد بسبب إعاقة؟
 نعم لا
 (3) هل لديك إعفاء لإعاقة مدنية؟
 نعم لا
 (4) هل لديك تأمين؟
 نعم لا
 (5) يجب إجراء إختبارات الدم / البول / الغائط؟
 (6) يجب إجراء صورة إشعاعية / صورة بموجات الصدى / صورة مقطعية بالحاسوب / صورة بالرنين المغناطيسي/ تخطيط كهربائي قلبي / تخطيط القلب بموجات الصدى/ منظار المعدة/ منظار الأمعاء

- (7) يجب أن تحجز فحص أخصائي لأمراض معدية / أخصائي قلب / أخصائي عظام / أخصائي أعصاب / أخصائي نساء / أخصائي جلدية / أخصائي أنف و أذن و حنجرة / أخصائي جراحة / أخصائي أطفال / أخصائي عيون / أخصائي أسنان / أخصائي دم/ أخصائي مسالك بولية
 (8) إحجز أول فحص / فحص مراجعة / فحص مستعجل لدى
 (9) يجب الذهاب الى غرفة لإستعجالة
 (10) يجب الإبواء بالمستشفى
 (11) يجب إجراء علاج لإعادة التأهيل / علاج بدني /
 (إيونوفرزي - ionofresi / تدليك / تنس - tens / جر / إرتشاح.

10. أدوية / تطعيمات

- (1) في العادة هل تستعمل الأدوية؟
 نعم لا
 (2) أي أدوية؟
 (3) لأي مرض؟
 (4) منذ متى أوقفت أخذ الأدوية؟
 نعم لا
 (5) هل لديك قائمة كاملة بالأدوية المستعملة منك؟
 نعم لا
 (6) هل تعالج حالياً بأدوية: (a) مضادة لتجلط الدم
 نعم لا
 (b) عالج كيميائي؟
 نعم لا
 (7) هل تستعمل أدوية طبيعية أو أعشاب طبيعية؟
 نعم لا
 (8) بإمكانك ذكرها؟
 (9) منذ متى تستعملها؟
 نعم لا
 (10) هل تم تلقحك؟
 (11) متى؟
 (12) أي لقاح؟
 نعم لا
 (13) هل سبق أن تعرضت لحساسية من دواء؟
 (14) من أي دواء؟
 (15) متى؟

11. وصف العلاج

أصف لك :

- (1) الأخذ (بالفم) حبوب / أقراص / قطرات / كبسولات / ملاعق أدوية سائلة (شروبات)

- 2) fare sciacqui con
- 3) fare impacchi con
- 4) fare bagni con
- 5) fare a) aerosol/ b) inalazioni con
- 6) fare iniezioni a) intramuscolo/ b) endovena/ c) sottocute
- 7) fare sciogliere a) compresse effervescenti/ b) bustine/ c) fiale/ d) polvere
- 8) applicare – spalmare a) crema/ b) pomata/ c) tintura/ d) soluzione
- 9) introdurre a) supposta/ b) candeletta vaginale/ c) ovulo vaginale

Il farmaco deve essere somministrato:

- 10) a) ogni giorno/ b) a giorni alterni/ c) una volta - d) due volte - alla settimana/
e) al bisogno
- 11) a) alla mattina/ b) alla sera/ c) al pomeriggio/ d) alla stessa ora/ e) mattina e sera
- 12) mattina, pomeriggio e sera
- 13) a) prima di/ b) dopo/ c) a stomaco pieno/ d) a digiuno
- 14) a) per ... giorni/ b) per ... settimane/ c) per ... mesi/ d) per sempre

Per questa ricetta in farmacia:

- a) non pagherà nulla
- b) pagherà un ticket
- c) pagherà il prezzo intero

12. CERTIFICATI

- 1) Le compilo un certificato:
 - a) di buona salute
 - b) assicurativo
 - c) per indennità di malattia
 - d) per attività sportiva
 - e) per infortunio sul lavoro e1) primo/
e2) continuativo/ e3) di chiusura

- (2) المضمضة بـ
- (3) التكميد بـ
- (4) الأستحمام بـ
- (5) إجراء تبخير / إستنشاق
- (6) الحقن في العضلات / بداخل الوريد/ تحت الجلد
- (7) تذويب الأقراص الفوارة / الأكياس / القارورات/ المسحوق
- (8) تطبيق - توزيع كريم / مرهم / صبغة / محلول
- (9) إدخال حمول / حمول مهبلية / بويضة مهبلية

يجب أخذ الدواء :

- (10) كل يوم / بعد كل يومين / مرة واحدة - مرتين بالأسبوع / حسب الإحتياج
- (11) بالصباح / بالمساء / بالعشوية / في نفس الساعة / الصباح و المساء
- (12) بالصباح و العشوية و المساء .
- (13) قبل / بعد / بالمعدة معبأة (بعد الأكل) / بالصيام (قبل الأكل).
- (14) لمدة يوم / لمدة..... أسابيع / لمدة.....شهر/ لمدى الحياة.

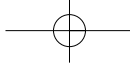
إمنح هذه الوصفة الى الصيدلية:

- (a) لن تدفع أي مقابل
- (b) ستقوم بدفع قيمة بسيطة
- (c) ستقوم بدفع السعر بالكامل

12. الشهادات :

أجهز لك:

- (a) شهادة صحية
- (b) شهادة التأمين
- (c) شهادة لطلب تعويض المرض
- (d) شهادة النشاط الرياضي
- (e) شهادة الإصابة بموقع العمل / الأولية / الأستمرارية / النهائية.



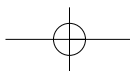
قسم للمواطن

في حالة إحتياجكم للطبيب أو للصيدلي

SEZIONE PER IL CITTADINO

SE TI OCCORREN UN MEDICO O FARMACISTA

Dottore ho dolore alla testa	يادكتور عندي ألم في رأسي
Dottore mi bruciano gli occhi	يادكتور عندي حرقان بالعيون
Dottore ho dolore alla gola	يادكتور عندي ألم في بلعومي
Dottore ho dolore ai denti	يادكتور عندي ألم في أسناني
Dottore ho mal d'orecchio	يادكتور عندي ألم في أذني
Dottore ho il raffreddore	يادكتور عندي رشح
Dottore mi esce sangue dal naso	يادكتور يخرج دم من أنفي
Dottore ho la febbre	يادكتور عندي حرارة عالية
Dottore ho la tosse, vorrei uno sciroppo	يادكتور عندي سعال وأحتاج لشروب
Dottore ho le vertigini	يادكتور عندي دوخان
Dottore ho mal di stomaco	يادكتور عندي ألم بالمعدة
Dottore ho la diarrea	يادكتور عندي إسهال
Dottore ho mal di pancia	يادكتور عندي ألم بالبطن
Dottore ho dolore alla schiena/al braccio/ alla mano/ al piede/al ginocchio/alla caviglia	يادكتور عندي ألم بظهري/بذراعي/ببيدي/بقدمي/بمرفقي / بمفصل رجلي
Dottore mi sono ustionato	يادكتور عندي احتراق ناري
Dottore mi sono scottato al sole	يادكتور عندي احتراق شمس
Dottore ho rotto la dentiera	يادكتور كسرت طاقم الأسنان
Dottore ho bisogno di un antinevralgico	يادكتور أنا باحتياج لمسكن ألم أعصاب
Dottore ho il naso chiuso	يادكتور أنفي مسدود
Dottore vorrei un lassativo	يادكتور أنا باحتياج لملين براز
Dottore vorrei un collirio	يادكتور لقطرة عيون
Dottore vorrei qualcosa per i dolori mestruali	يادكتور أنا باحتياج لدواء مخفف للألم العادية الشهرية.
Dottore soffro di a) mal d'auto b) aereo	(a) يادكتور أعاني من أ م السفر (b) بالسيارة والطيارة
Dottore come si prende questo medicinale?	يادكتور كيف أتناول هذا الدواء ؟
Dottore quante volte al giorno ?	يادكتور كم مرة في اليوم ؟
Dottore ho una puntura di insetto	يادكتور لقد لدغنتي حشرة
Dottore ho le vene varicose, vorrei una pomata	يادكتور عندي الدوالي أنا باحتياج لمرهم
Dottore vorrei qualcosa contro le zanzare	يادكتور أنا باحتياج لشيء ضد الناموس
Dottore vorrei provare la pressione arteriosa	يادكتور أريد إختبار ضغط الشرايين
Dottore ho bisogno di a) cotone idrofilo b) delle garze c) di bende	(a) يادكتور أنا باحتياج لقطن / (b) لشرايح قطنية/ (c) وضمادات
Dottore ho bisogno di un cerotto	يادكتور أنا باحتياج لشريط لصقة
Dottore ho bisogno di un disinfettante	يادكتور أنا باحتياج لسائل مطهر
Dottore ho bisogno di un termometro	يادكتور أنا باحتياج لترموتر
Dottore vorrei una siringa	يادكتور أنا باحتياج لمحقنة
Dottore ho bisogno di un pacco di assorbenti igienici	يادكتور أنا باحتياج لعلبه شرايح امتصاص صحية
Dottore ho bisogno di un pacco di pannolini per bambini	يادكتور أنا باحتياج لعلبه حافظات الأطفال
Dottore vorrei scegliere degli omogeneizzati	يادكتور أرغب في إختيار الأكلات الأولية المطحونة
Dottore ho bisogno di un dentifricio	يادكتور أنا باحتياج لمعجون أسنان
Dottore ho bisogno di un collutorio	يادكتور أنا باحتياج لغسول فم
Dottore vorrei un prodotto omeopatico	يادكتور أنا باحتياج لدواء من الأعشاب
Dottore vorrei una pillola anticoncezionale	يادكتور أنا باحتياج لحبوب ضد الحمل
Dottore vorrei un antibiotico	يادكتور أنا باحتياج لم لاد حيوي



Antibiotico	مضاد حيوي
Analgesico/antidolorifico	مسكن ألم
Antiparassitario	قاتل فطريات
Assorbenti	شرايح إمتصاص
Biopsia	سحب خلايا نسيجية
Bustine	أكياس
Cerotto	شريط لصقة
Collutorio	غسول فم
Colonscopia	منظار قولون
Compresse	أقراص
Crema	كريم
Dentifricio	معجون أسنان
Diabete	مرض السكر
Disinfettante	سائل تعقيم
Ecografia	صورة بموجات الصدي
Febbre	حمي/حرارة عالية
Garza	شرايح قطنية
Gastrosocopia	منظار معدة
Granulato	حببيبات
Ipertensione	فرط ضغط الدم
Lassativo	ملين براز
Lavanda ginecologica	غسيل المهبل
Lozione	غسول
Mammografia	كشف شعاعي للثدي
Ovuli	لبوس مهبلي
Pap-test	إختبار خلايا الرحم والمهبل
Pomata	مرهم
Prelievo del sangue	سحب عينة دم
Radiografia	صورة أشعة
Sedativo	مسكن عام
Sciroppo	شروب
Siringa	محقنة / إبرة
Supposta	لبوس
Spazzolino	فرشاة أسنان
Termometro	ترمومتر / مقياس حرارة
Test di gravidanza	إختبار الحمل
Tisana	مشروب أعشاب
Vaccinazione	تطعيم
Vaccino	محلول التطعيم

CINESE

Guida sanitaria multilingue

per i cittadini e gli operatori sanitari

Guida all'anamnesi ed alla terapia

**SEZIONE PER IL MEDICO, FARMACISTA
OPERATORE SANITARIO**

1. PAESI D'ORIGINE - VIAGGI

- 1) Qual è il suo Paese d'origine?
- 2) Parla e capisce:
- | | | |
|-------------|-----------------------------|-----------------------------|
| a) italiano | <input type="checkbox"/> si | <input type="checkbox"/> no |
| b) inglese | <input type="checkbox"/> si | <input type="checkbox"/> no |
| c) francese | <input type="checkbox"/> si | <input type="checkbox"/> no |
- 3) Qual è stato l'ultimo Paese da lei visitato?

2. CONDIZIONI AMBIENTALI-ABITATIVE

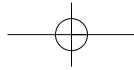
- 1) Dove vive?
- | | | |
|-------------------------------|-----------------------------|-----------------------------|
| a) In un appartamento | <input type="checkbox"/> si | <input type="checkbox"/> no |
| b) in uno stabile abbandonato | <input type="checkbox"/> si | <input type="checkbox"/> no |
| c) all'addiaccio | <input type="checkbox"/> si | <input type="checkbox"/> no |
- 2) Convive con altre persone?
- | | | |
|--|-----------------------------|-----------------------------|
| | <input type="checkbox"/> si | <input type="checkbox"/> no |
|--|-----------------------------|-----------------------------|
- 3) Nella sua abitazione c'è:
- | | | |
|-------------------|-----------------------------|-----------------------------|
| a) acqua corrente | <input type="checkbox"/> si | <input type="checkbox"/> no |
| b) riscaldamento | <input type="checkbox"/> si | <input type="checkbox"/> no |
| c) bagno | <input type="checkbox"/> si | <input type="checkbox"/> no |
- 4) Nella sua abitazione ci sono animali domestici?
- | | | |
|--|-----------------------------|-----------------------------|
| | <input type="checkbox"/> si | <input type="checkbox"/> no |
|--|-----------------------------|-----------------------------|
- 5) Vive in:
- | | | |
|-------------|-----------------------------|-----------------------------|
| a) campagna | <input type="checkbox"/> si | <input type="checkbox"/> no |
| b) città | <input type="checkbox"/> si | <input type="checkbox"/> no |

3. DIETA

- 1) Consuma bevande alcoliche? si no
- 2) Quanti bicchieri al giorno?
- 3) Ha mangiato alimenti crudi? si no
- 4) Ha bevuto acqua non imbottigliata? si no
- 5) Ha bevuto latte fresco non confezionato? si no

4. PROFESSIONE/TEMPO LIBERO

- 1) Che lavoro svolge? a) Agricoltore/ b) muratore/ c) operaio di industria alimentare/ d) di industria tessile/ e) di industria meccanica/ f) tipografo/ g) idraulico/ h) impiegato/ i) casalinga/ l) badante/ m) imbianchino/ n) dirigente/ o) libero professionista/ p) commerciante
- 2) Il suo lavoro implica contatti con sostanze chimiche si no
- 3) Prima dell'attuale, ha svolto altri lavori? Quali?
- 4) Lavora:
- | | | |
|-----------------------|-----------------------------|-----------------------------|
| a) all'aperto | <input type="checkbox"/> si | <input type="checkbox"/> no |
| b) in ambiente chiuso | <input type="checkbox"/> si | <input type="checkbox"/> no |



方便市民和医疗卫生人士的多语种医疗卫生用语手册

医生、药剂师和医务人员有关病例和治疗指导

病例和治疗手册

医生、药师和医务人员部分

1. 哪国人 - 旅游

- 1) 您是哪国人?
- 2) 您会讲并且听懂
- | | | |
|---------|----------------------------|----------------------------|
| a) 意大利语 | <input type="checkbox"/> 是 | <input type="checkbox"/> 否 |
| b) 英语 | <input type="checkbox"/> 是 | <input type="checkbox"/> 否 |
| c) 法语 | <input type="checkbox"/> 是 | <input type="checkbox"/> 否 |
- 3) 你到过的最后一个国家是哪个?

2. 环境 - 居住条件

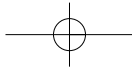
- 1) 你住在哪里?
- | | | |
|------------|----------------------------|----------------------------|
| a) 一个公寓房 | <input type="checkbox"/> 是 | <input type="checkbox"/> 否 |
| b) 一个废弃的楼房 | <input type="checkbox"/> 是 | <input type="checkbox"/> 否 |
| c) 露天场所 | <input type="checkbox"/> 是 | <input type="checkbox"/> 否 |
- 2) 你是与其他人一起居住在一个单元里吗?
- 3) 住房里有
- | | | |
|--------|----------------------------|----------------------------|
| a) 自来水 | <input type="checkbox"/> 是 | <input type="checkbox"/> 否 |
| b) 暖气 | <input type="checkbox"/> 是 | <input type="checkbox"/> 否 |
| c) 卫生间 | <input type="checkbox"/> 是 | <input type="checkbox"/> 否 |
- 4) 住房里有动物吗?
- 5) 你住在
- | | | |
|-------|----------------------------|----------------------------|
| a) 乡下 | <input type="checkbox"/> 是 | <input type="checkbox"/> 否 |
| b) 城市 | <input type="checkbox"/> 是 | <input type="checkbox"/> 否 |

3. 饮食

- 1) 你喝酒精饮料?
- 2) 每天喝多少杯?
- 3) 你吃过生食吗?
- 4) 喝过未装瓶水吗?
- 5) 或者未装瓶鲜奶吗?

4. 职业/休闲

- 1) 你做什么工作? a) 农民/b) 泥水匠/c) 食品行业工人/d) 纺织行业工人/e) 机械行业工人/f) 印刷工人/g) 管道工/h) 职员/i) 家庭妇女/l) 佣人/m) 粉刷工人/n) 领导/o) 自由职业者/p) 商人
- 2) 你在工作中与化学物质接触吗?
- 3) 在从事这个工作之前, 你有过其他工作吗? 具体是那些?
- 4) 你工作是在
- | | | |
|---------|----------------------------|----------------------------|
| a) 露天环境 | <input type="checkbox"/> 是 | <input type="checkbox"/> 否 |
| b) 室内 | <input type="checkbox"/> 是 | <input type="checkbox"/> 否 |



5. ANAMNESI FAMILIARE - FISIOLOGICA

- 1) È sposato? si no
- 2) Convivente con un partner? si no
- 3) Ha figli? si no
- 4) Quanti?
- 5) Di che età?
- 6) I suoi familiari soffrono di malattie importanti, quali a) diabete/ b) ipertensione arteriosa/ c) malattie cardiache/ d) malattie genetiche/ e) allergie/ f) tumori/ g) tubercolosi/ h) infezione da HIV/ i) epatiti/ l) lebbra?
- 7) Fa uso o ha fatto uso di sostanze stupefacenti? si no

6. ANAMNESI GINECOLOGICA

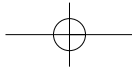
- 1) A quanti anni ha avuto le prime mestruazioni?
- 2) Ha avuto gravidanze: a) normali si no
b) complicate si no
c) aborti si no
- 3) Ritieni di essere in gravidanza? si no
- 4) Data delle ultime mestruazioni
- Gennaio
- Febbraio
- Marzo
- Aprile
- Maggio
- Giugno
- Luglio
- Agosto
- Settembre 1 - 7
- Ottobre 8 - 14
- Novembre 15 - 21
- Dicembre 22 - 31
- 5) È in menopausa? si no
- 6) Da quanti anni?
- 7) Ha dolori mestruali? si no
- 8) Ha perdite intermestruali? si no
- 9) Ha prurito vaginale? si no
- 10) Ha dolore durante i rapporti sessuali? si no
- 11) Sta allattando? si no
- 12) Prende la pillola? si no
- 13) Assume farmaci per la menopausa? si no
- 14) Le è stata posizionata una spirale (IUD)? si no
- 15) Ha fatto un pap test? si no
- 16) Quando?
- 17) Ha fatto una mammografia? si no
- 18) Quando?

5. 家庭 - 生理病史

- 1) 你结婚了? 是 否
- 2) 同居着? 是 否
- 3) 你有子女吗? 是 否
- 4) 有几个
- 5) 年龄多大?
- 6) 你家人是否有类似 a) 糖尿病/b) 高血压/c) 心脏病/d) 遗传病/e)_过敏/f) 肿瘤/g) 结核病/h) 艾滋病/i) 肝炎/l) 麻风等严重疾病?
- 7) 你是否现在或者过去曾经吸食毒品? 是 否

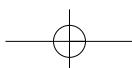
6. 生育史

- 1) 你初经时是几岁?
- 2) 你有过 a) 正常怀孕 是 否
 b) 异常怀孕 是 否
 c) 流产历史 是 否
- 3) 你现在怀孕了吗? 是 否
- 4) 最后一次月经是什么时候?
- | | |
|-----|-----------|
| 1月 | |
| 2月 | |
| 3月 | |
| 4月 | |
| 5月 | |
| 6月 | |
| 7月 | |
| 8月 | |
| 9月 | 1日 - 7日 |
| 10月 | 8日 - 14日 |
| 11月 | 15日 - 21日 |
| 12月 | 22日 - 31日 |
- 5) 你已经处于绝经期了吗? 是 否
- 6) 多少年前绝经的?
- 7) 你有经痛吗? 是 否
- 8) 你有经期阴道出血吗? 是 否
- 9) 你有阴道发痒吗? 是 否
- 10)你性生活中有疼痛现象吗? 是 否
- 11)你在哺乳吗? 是 否
- 12)你服用避孕药吗? 是 否
- 13)你服用绝经期药物吗? 是 否
- 14)你放过宫内节育器(IUD)吗? 是 否
- 15)你做过子宫颈膜片检查吗? 是 否
- 16)什么时候?
- 17)你做过乳房造影术检查吗? 是 否
- 18)什么时候?



7. ANAMNESI PATOLOGICA/INTERVISTA AL PAZIENTE

- 1) Ha con se documentazione medica di a) visite/ b) ricoveri/ c) interventi chirurgici/ d) esami del sangue/ e) esami strumentali?
- 2) Ha subito: a) interventi chirurgici si no
 b) infortuni sul lavoro si no
 c) infortuni a domicilio si no
- 3) Da bambino ha avuto: a) la varicella si no
 b) il morbillo si no
 c) la rosolia si no
 d) gli orecchioni si no
 e) la scarlattina si no
 f) il reumatismo articolare acuto si no
- 4) Soffre di: a) asma si no
 b) malattie allergiche b1) respiratorie/
 b2) alimentari/ b3) della pelle?
- 5) Ha contratto: a) la tubercolosi si no
 b) l'epatite si no
 c) l'infezione da HIV si no
 d) la lebbra si no
- 6) Ha mai avuto tumori? si no
- 7) Ha mai fatto radioterapia o chemioterapia? si no
- 8) Ha mai ricevuto trasfusioni di sangue? si no
- 9) Se si, dove e quando è stato trasfuso?
- 10) Soffre di malattie del sangue? si no
- 11) Soffre di emofilia? si no
- 12) Perde sangue con: a) le feci si no
 b) urine si no
 c) dal naso si no
 d) dai genitali si no
 e) mentre tossisce si no
- 13) Ha il diabete? si no
- 14) Soffre di malattie: a) della tiroide si no
 b) del surrene si no
 c) dell'ipofisi si no
- 15) Soffre di malattie del rene? si no
- 16) È in dialisi? si no
- 17) Soffre di malattie: a) dello stomaco si no
 b) del fegato si no
 c) dell'intestino si no
- 18) Soffre di malattie croniche respiratorie? si no
- 19) Ha la pressione: a) alta si no
 b) bassa si no
- 20) Soffre di malattie del cuore? dei vasi sanguigni?
 a) infarto si no
 b) angina si no



7. 病史/问诊

- 1) 你身边有 a) 门诊/b) 住院/c) 外科手术/d) 验血/e) 检查病历吗? 是 否
- 2) 你曾经: a) 动过外科手术 是 否
b) 受过工伤 是 否
c) 家里受伤 是 否
- 3) 小时候你得过: a) 水痘 是 否
b) 麻疹 是 否
c) 风疹 是 否
d) 流行性腮腺炎 是 否
e) 猩红热 是 否
f) 急性关节风湿病 是 否
- 4) 你有 a) 哮喘 是 否
b1) 呼吸道过敏症/b2) 食物过敏症/b3) 皮肤过敏症
- 5) 你患过 a) 结核病 是 否
b) 肝炎 是 否
c) 艾滋病 是 否
d) 麻风病 是 否
- 6) 你患过肿瘤吗? 是 否
- 7) 你做过放射治疗或者化疗吗? 是 否
- 8) 你被输过血吗? 是 否
- 9) 如果是的话, 请问在哪里和何时?
- 10) 你有血液病吗? 是 否
- 11) 你有血友病吗? 是 否
- 12) 你 a) 粪便出血 是 否
b) 尿液出血 是 否
c) 鼻子出血 是 否
d) 生殖器出血 是 否
e) 咳嗽出血 是 否
- 13) 你有糖尿病吗? 是 否
- 14) 你有 a) 甲状腺疾病 是 否
b) 肾上腺疾病 是 否
c) 脑垂体腺疾病 是 否
- 15) 你有肾脏疾病吗? 是 否
- 16) 在肾透吗? 是 否
- 17) 你有 a) 胃病 是 否
b) 肝病 是 否
c) 肠病 是 否
- 18) 你有慢性呼吸疾病吗? 是 否
- 19) 你患 a) 高血压 是 否
b) 低血压 是 否
- 20) 你有心脏吗?你有血管疾病吗?
a) 心肌梗塞 是 否
b) 心绞痛 是 否

- 21) Manca: È portatore di:
- a) protesi valvolari si no
 - b) pacemaker si no
 - c) defibrillatore si no
- 22) Ha disturbi intestinali?
- a) diarrea si no
 - b) stitichezza si no
- 23) Ha:
- a) dolori addominali si no
 - b) nausea si no
 - c) vomito si no
- 24) Ha quando urina:
- a) bruciore si no
 - b) dolore si no
 - c) difficoltà si no
- 25) Ha disturbi dell'erezione?
- 26) Deglutisce con difficoltà?
- 27) Rigurgita il cibo?
- 28) È recentemente:
- a) diminuito si no
 - b) aumentato di peso si no
- 29) Quanto e in quanto tempo?
- 30) Ha febbre? si no
- 31) Quanta?
- 32) Quando?
- 33) Ha notato a) ingrossamento/ b) dolore delle ghiandole?
- c) collo si no
 - d) inguine si no
 - e) ascelle si no
- 34) Si sente stanco?
- 35) Soffre o ha sofferto di qualche malattia della pelle?
- 36) Ha sulla pelle:
- a) prurito si no
 - b) bruciore si no
- 37) Dove è localizzato?
- 38) Ha disturbi della:
- a) vista si no
 - b) udito si no
- 39) Soffre di:
- a) mal di denti si no
 - b) di gola si no
- 40) Ha:
- a) dolore al torace si no
 - b) tosse si no
 - c) catarro si no
- 41) Ha dolori:
- a) articolari si no
 - b) muscolari si no
- 42) Localizzati dove?
- 43) Soffre di mal di testa?
- 44) Soffre di:
- a) ansia si no
 - b) depressione si no
 - c) variazioni dell'umore si no

- 心率失常
- 21) 你有 a) 心脏瓣膜假体 是 否
 b) 起搏器 是 否
 c) 去纤颤器 是 否
- 22) 肠道病吗? a) 腹泻 是 否
 b) 便秘 是 否
- 23) 你有 a) 腹痛 是 否
 b) 恶心 是 否
 c) 呕吐 是 否
- 24) 你小便时有 a) 灼痛 是 否
 b) 疼痛 是 否
 c) 困难 是 否
- 25) 你有阳痿吗? 是 否
- 26) 你吞咽食物困难吗? 是 否
- 27) 你有没有呕吐食物? 是 否
- 28) 最近你有没有体重 a) 增加 是 否
 b) 减少 是 否
- 29) 在多少时间内变化了多少公斤? 是 否
- 30) 你发烧吗? 是 否
- 31) 多少度? 是 否
- 32) 什么时候? 是 否
- 33) 你有没有下列部位的 a) 肿大/b) 疼痛? 是 否
 c) 颈腺 是 否
 d) 腹股沟淋巴结 是 否
 e) 腋汗腺 是 否
- 34) 你觉得困倦吗? 是 否
- 35) 你现在或者曾经有过皮肤疾病吗? 是 否
- 36) 你有皮肤 a) 发痒 是 否
 b) 灼痛 是 否
- 37) 具体部位在哪里? 是 否
- 38) 你有下列障碍吗? a) 视觉 是 否
 b) 听觉 是 否
- 39) 你有 a) 牙疼 是 否
 b) 喉咙疼 是 否
- 40) 你有 a) 胸部疼痛 是 否
 b) 咳嗽 是 否
 c) 粘膜炎 是 否
- 41) 你有 a) 关节疼痛 是 否
 b) 肌肉疼痛 是 否
- 42) 具体部位在哪里? 是 否
- 43) 你有头疼吗? 是 否
- 44) 你有 a) 焦虑症 是 否
 b) 压抑症 是 否
 c) 情绪多变症 是 否

- 45) Ha subito: a) interventi chirurgici si no
b) ricoveri in ospedale si no
- 46) Quando e in quale ospedale?
- 47) Ha subito: a) traumi si no
b) incidenti stradali si no
c) è stato ferito si no
d) le sono stati dati punti di sutura si no
- 48) È stato: a) ingessato si no
b) immobilizzato si no
- 49) Ha difficoltà: a) a muoversi si no
b) a camminare si no
c) mantenere l'equilibrio si no
- 50) Ha difficoltà: a) a parlare si no
b) pronunciare le parole si no
c) capire quello che le viene detto si no
- 51) Ha disturbi della memoria? si no
- 52) Ha notato agli arti: a) gonfiore si no
b) dolore si no
c) pallore si no
d) cianosi si no
- 53) Ha difficoltà: a) a respirare a riposo si no
b) mentre cammina si no
c) mentre corre si no
d) mentre sale le scale si no
- 54) Quanti cuscini usa quando dorme?
- 55) Ha avuto rapporti sessuali: a) occasionali si no
b) omosessuali si no
- 56) È stato sottoposto a trapianto di organo? si no
- 57) È portatore di handicap fisico psichico, sensoriale? si no
- 58) Le persone che vivono con lei hanno o hanno avuto gli stessi sintomi? si no

8. VISITA MEDICA

- 1) a) Si spogli/ b) si vesta
- 2) Si metta sul lettino a) seduto/ b) sdraiato/ c) supino/ d) prono/
e) sul fianco destro/ f) sul fianco sinistro/ g) in piedi
- 3) Le misuro a) la pressione/ b) il polso/ c) la febbre
- 4) a) Apra/ b) chiuda la bocca
- 5) a) Respiri/ b) non respiri/ c) tossisca / d) lasci la pancia morbida
- 6) Fa male? si no
- 7) Sente? si no
- 8) Non sente? si no
- 9) Stringa la mia mano
- 10) Mantenga sollevata a) la gamba/ b) il braccio
- 11) Chiuda gli occhi

- 45) 你 a) 做过外科手术 是 否
 b) 住院治疗过 是 否
- 46) 什么时候和在哪家医院?
- 47) 你有过 a) 创伤 是 否
 b) 交通事故 是 否
 c) 伤 是 否
 d) 缝过针 是 否
- 48) 有没有 a) 上石膏 是 否
 b) 夹板固定 是 否
- 49) 你有下列方面的困难吗? a) 运动 是 否
 b) 步行 是 否
 c) 保持平衡 是 否
- 50) 你有下列方面的障碍吗? a) 说话 是 否
 b) 发音 是 否
 c) 听力 是 否
- 51) 你有记忆上的障碍吗? 是 否
- 52) 你有没有意识到关节 a) 灼痛 是 否
 b) 疼痛 是 否
 c) 苍白 是 否
 d) 青紫 是 否
- 53) 你下列情况下呼吸困难吗? a) 静止 是 否
 b) 步行 是 否
 c) 跑步 是 否
 d) 走楼梯 是 否
- 54) 你睡觉时用几个枕头?
- 55) 你有没有发生下列性生活 a) 一夜情 是 否
 b) 同性 是 否
- 56) 你有没有移植过器官? 是 否
- 57) 你有没有生理、心理、感觉上的障碍? 是 否
- 58) 与你一起居住的人是否也有上述同样的症状? 是 否

8. 诊断

- 1) a) 请脱衣/b) 请穿衣
- 2) 请 a) 坐在检查床上/b) 躺在检查床上/c) 仰卧在检查床上/d) 俯卧在检查床上/e) 右侧卧在检查床上/f) 左侧卧在检查床上/g) 站立着
- 3) 我给你 a) 量血压/b) 测脉搏/c) 量体温
- 4) a) 张开/b) 闭上嘴巴
- 5) a) 呼吸/b) 不要呼吸/c) 咳嗽/d) 腹部放松
- 6) 疼痛吗? 是 否
- 7) 感觉到吗? 是 否
- 8) 没有感觉到吗? 是 否
- 9) 握紧我的手
- 10) 举起 a) 大腿/b) 手臂
- 11) 闭上眼睛

- 12) Cammini 7 passi a) avanti/ b) indietro
 13) A casa misuri a) la temperatura/ b) la pressione
 14) Torni al controllo il giorno

9. RICHIESTA DI ESAMI DEL SANGUE/STRUMENTALI

- 1) Le è stata concessa qualche esenzione per patologia o per reddito? si no
 2) Ha una pensione di invalidità? si no
 3) Ha un'esenzione per invalidità civile? si no
 4) Ha un'assicurazione? si no
 5) Deve fare degli esami a) del sangue/ b) delle urine/ c) delle feci
 6) Deve fare una a) radiografia/ b) ecografia/ c) TAC/ d) RMN/
 e) elettrocardiogramma/ f) ecocardiogramma/ g) ecocolordoppler/
 h) gastroscopia/ i) colonscopia
 7) Deve prenotare una visita specialistica/ a) infettivologica/ b) cardiologica/
 c) ortopedica/ d) neurologica/ e) ginecologica/ f) dermatologica/
 g) otorinolaringoiatrica/ h) chirurgica/ i) pediatrica/ l) oculistica/
 m) odontoiatrica/ n) ematologica/ o) urologica
 8) Prenoti una a) prima visita/ b) visita di controllo/ c) visita urgente presso
 9) Deve andare in pronto soccorso
 10) Deve essere ricoverato in ospedale
 11) Deve fare a) terapia riabilitativa/ b) terapia fisica
 (c) ionoforesi/ d) massaggi/ e) tens/ f) trazioni/ g) infiltrazioni)

10. FARMACI/VACCINI

- 1) Usa abitualmente farmaci? si no
 2) Quali?
 3) Per quale malattia?
 4) Da quanto tempo ha sospeso le medicine?
 5) Ha una lista completa dei farmaci che usa? si no
 6) È in terapia: a) anticoagulante si no
 b) chemioterapica si no
 7) Fa uso di prodotti omeopatici o erbe medicinali? si no
 8) Quali?
 9) Da quanto tempo?
 10) Si è sottoposto a qualche vaccinazione? si no
 11) Quando?
 12) Quale?
 13) Ha mai avuto reazioni allergiche da farmaci? si no
 14) Per quali farmaci?
 15) Quando?

11. PRESCRIZIONI TERAPEUTICHE

Le prescrivo di:

- 1) assumere per bocca a) compresse/ b) pastiglie/ c) gocce/ d) capsule/
 e) cucchiari di sciroppo

- 12) a) 向前/b) 后走 7 步
 13) 在家里 a) 量体温/b) 测血压
 14)日再回来检查

9. 验血/检查

- 1) 你是否享受症状或者收入原因的减免? 是 否
 2) 你是否有残疾人退休金? 是 否
 3) 你是否享受民事残疾减免? 是 否
 4) 你有保险吗? 是 否
 5) 你应该 a) 验血/b) 化验尿液/c) 化验大便
 6) 你应该做 a) X光/b) 回声图/c) CT/d) 核磁共振/e) 心电图/f) 超声心动图/g) 彩色多普勒超声/h) 胃镜/i) 结肠镜
 7) 你应该预约一个 a) 传染病/b) 心脏病/c) 骨科/d) 神经科/e) 妇科/f) 皮肤科/g) 耳鼻喉科/h) 外科/i) 儿科/l) 眼科/m) 口腔科/n) 血液科/o) 泌尿科医生门诊
 8) 请在.....预约一个 a) 初诊/b) 复查/c) 急诊检查
 9) 你应该去急诊
 10) 你应该住院治疗
 11) 你应该做 a) 康复治疗/b) 理疗
 (c) 离子电泳/d) 按摩/e) 经皮神经电刺激/f) 牵引/g) 浸润)

10. 药物/疫苗

- 1) 你一直用药吗? 是 否
 2) 哪些药物?
 3) 用于哪些疾病?
 4) 你停止用药多长时间了?
 5) 你有所用药物的完整清单吗? 是 否
 6) 你在接受 a) 抗凝治疗 是 否
 b) 化疗 是 否
 7) 你是否使用顺势疗法药物或者药用草药? 是 否
 8) 是哪些?
 9) 用了多长时间了?
 10) 你有没有注射过疫苗? 是 否
 11) 什么时候?
 12) 哪些疫苗?
 13) 你有没有过药物过敏? 是 否
 14) 有哪些药物过敏?
 15) 什么时候?

11. 处方

我给你开：

- 1) 口服 a) 复方片/b) 片剂/c) 药水/d) 胶囊/e) 糖浆

- 2) fare sciacqui con
- 3) fare impacchi con
- 4) fare bagni con
- 5) fare a) aerosol/ b) inalazioni con
- 6) fare iniezioni a) intramuscolo/ b) endovena/ c) sottocute
- 7) fare sciogliere a) compresse effervescenti/ b) bustine/ c) fiale/ d) polvere
- 8) applicare – spalmare a) crema/ b) pomata/ c) tintura/ d) soluzione
- 9) introdurre a) supposta/ b) candeletta vaginale/ c) ovulo vaginale

Il farmaco deve essere somministrato:

- 10) a) ogni giorno/ b) a giorni alterni/ c) una volta - d) due volte - alla settimana/
e) al bisogno
- 11) a) alla mattina/ b) alla sera/ c) al pomeriggio/ d) alla stessa ora/ e) mattina e sera
- 12) mattina, pomeriggio e sera
- 13) a) prima di/ b) dopo/ c) a stomaco pieno/ d) a digiuno
- 14) a) per ... giorni/ b) per ... settimane/ c) per ... mesi/ d) per sempre

Per questa ricetta in farmacia:

- a) non pagherà nulla
- b) pagherà un ticket
- c) pagherà il prezzo intero

12. CERTIFICATI

- 1) Le compilo un certificato:
 - a) di buona salute
 - b) assicurativo
 - c) per indennità di malattia
 - d) per attività sportiva
 - e) per infortunio sul lavoro e1) primo/
e2) continuativo/ e3) di chiusura

- 2) 用.....漱口
- 3) 用.....热敷/冷敷
- 4) 用.....沐浴
- 5) 用.....a) 气雾剂/b) 鼻雾剂
- 6) 请 a) 肌肉注射/b) 静脉注射/c) 皮下注射
- 7) 请溶化 a) 泡腾片/b) 粉剂/c) 针剂/d) 药粉
- 8) 请用-涂用 a) 药膏/b) 软膏/c) 浸剂/d) 药水
- 9) 请用 a) 栓剂/b) 阴道栓/c) 外阴道栓剂

药物用量：

- 10) a) 每天/b) 隔天/c) 一次-d) 两次-每星期/e) 需要时
- 11) a) 早上/b) 晚上/c) 下午/d) 同一时候/e) 早晚
- 12) 早上、下午和晚上
- 13) a) 前/b) 后/c) 饭后/d) 空腹
- 14) 连续 a) ...天/b) ...星期/c) ...月/d) 一直服用

请将这个药方给药房 a) 你不需要付药费 b) 你要支付一部分药费 (ticket) c) 你要全额支付药费

12. 证书

- 1) 为您出具一份
 - a) 健康证书
 - b) 保险证书
 - c) 生病津贴证明
 - d) 运动健康证书
 - e) 工伤证明e1) 工伤/ 开始/e2) 过程中/e3) 结束证明

Dottore ho dolore alla testa	医生, 我头疼
Dottore mi bruciano gli occhi	医生, 我眼睛疼
Dottore ho dolore alla gola	医生, 我喉咙疼
Dottore ho dolore ai denti	医生, 我牙疼
Dottore ho mal d'orecchio	医生, 我耳朵疼
Dottore ho il raffreddore	医生, 我感冒了
Dottore mi esce sangue dal naso	医生, 我鼻子出血
Dottore ho la febbre	医生, 我发烧了
Dottore ho la tosse, vorrei uno sciroppo	医生, 我咳嗽了, 想要个糖浆
Dottore ho le vertigini	医生, 我头晕
Dottore ho mal di stomaco	医生, 我胃疼
Dottore ho la diarrea	医生, 我腹泻
Dottore ho mal di pancia	医生, 我肚子疼
Dottore ho dolore a) alla schiena/ b) al braccio/ c) alla mano/ d) al piede/ e) al ginocchio/ f) alla caviglia	医生, a 我背/ b 臂/ c 手/ d 脚/ e 膝盖/ f 踝部疼
Dottore mi sono ustionato	医生, 我烫着了
Dottore mi sono scottato al sole	医生, 我被太阳灼伤了
Dottore ho rotto la dentiera	医生, 我的假牙坏了
Dottore ho bisogno di un antinevralgico	医生, 我要治神经痛药
Dottore ho il naso chiuso	医生, 我鼻子塞了
Dottore vorrei un lassativo	医生, 我要轻泻剂
Dottore vorrei un collirio	医生, 我要眼药水
Dottore vorrei qualcosa per i dolori mestruali	医生, 我要治经痛药
Dottore soffro di mal a) d'auto/ b) aereo	医生, a 我晕车/ b 晕机
Dottore come si prende questo medicinale?	医生, 该如何服用这个药物?
Dottore quante volte al giorno ?	医生, 每天几次?
Dottore ho una puntura di insetto	医生, 我被虫叮了
Dottore ho le vene varicose, vorrei una pomata	医生, 我静脉曲张, 想要一个膏药。
Dottore vorrei qualcosa contro le zanzare	医生, 我要驱蚊药
Dottore vorrei provare la pressione arteriosa	医生, 我想量血压
Dottore ho bisogno a) del cotone idrofilo/ b) delle garze/ c) di bende	医生, a 我要脱脂棉/ b 纱布/ 绷带
Dottore ho bisogno di un cerotto	医生, 我要药膏
Dottore ho bisogno di un disinfettante	医生, 我要消毒剂
Dottore ho bisogno di un termometro	医生, 我要温度计
Dottore vorrei una siringa	医生, 我要注射器
Dottore ho bisogno di un pacco di assorbenti igienici	医生, 我要一包卫生巾
Dottore ho bisogno di un pacco di pannolini per bambini	医生, 我要一包小儿尿裤
Dottore vorrei scegliere degli omogeneizzati	医生, 我要儿童食物
Dottore ho bisogno di un dentifricio	医生, 我要一把牙刷
Dottore ho bisogno di un collutorio	医生, 我要一个漱口液
Dottore vorrei un prodotto omeopatico	医生, 我要一个顺势疗法产品
Dottore vorrei una pillola anticoncezionale	医生, 我要避孕药
Dottore vorrei un antibiotico	医生, 我要抗生素

Antibiotico	抗生素
Analgesico/antidolorifico	止痛药/镇痛药
Antiparassitario	杀虫剂
Assorbenti	卫生巾
Biopsia	活组织检查
Bustine	袋
Cerotto	药膏
Collutorio	漱口水
Colonscopia	结肠镜
Compresse	片剂
Crema	霜
Dentifricio	牙膏
Diabete	糖尿病
Disinfettante	消毒剂
Ecografia	超声波
Febbre	发烧
Garza	纱布
Gastroscopia	胃镜
Granulato	颗粒剂
Iperensione	血压
Lassativo	轻泻剂
Lavanda ginecologica	妇科冲洗剂
Lozione	水
Mammografia	乳房造影
Ovuli	卵子
Pap-test	帕氏试验
Pomata	膏药
Prelievo del sangue	抽血
Radiografia	X光
Sedativo	止痛药
Sciroppo	糖浆
Siringa	注射器
Supposta	栓剂
Spazzolino	牙刷
Termometro	温度计
Test di gravidanza	妊娠试验
Tisana	花草茶
Vaccinazione	注射
Vaccino	疫苗

CROATO

Guida sanitaria multilingue

per i cittadini e gli operatori sanitari

Guida all'anamnesi ed alla terapia

**SEZIONE PER IL MEDICO, FARMACISTA
OPERATORE SANITARIO**

1. PAESI D'ORIGINE - VIAGGI

- 1) Qual è il suo Paese d'origine?
- 2) Parla e capisce:
- | | | |
|-------------|-----------------------------|-----------------------------|
| a) italiano | <input type="checkbox"/> si | <input type="checkbox"/> no |
| b) inglese | <input type="checkbox"/> si | <input type="checkbox"/> no |
| c) francese | <input type="checkbox"/> si | <input type="checkbox"/> no |
- 3) Qual è stato l'ultimo Paese da lei visitato?

2. CONDIZIONI AMBIENTALI-ABITATIVE

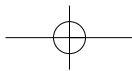
- 1) Dove vive?
- | | | |
|-------------------------------|-----------------------------|-----------------------------|
| a) In un appartamento | <input type="checkbox"/> si | <input type="checkbox"/> no |
| b) in uno stabile abbandonato | <input type="checkbox"/> si | <input type="checkbox"/> no |
| c) all'addiaccio | <input type="checkbox"/> si | <input type="checkbox"/> no |
- 2) Convive con altre persone?
- | | |
|-----------------------------|-----------------------------|
| <input type="checkbox"/> si | <input type="checkbox"/> no |
|-----------------------------|-----------------------------|
- 3) Nella sua abitazione c'è:
- | | | |
|-------------------|-----------------------------|-----------------------------|
| a) acqua corrente | <input type="checkbox"/> si | <input type="checkbox"/> no |
| b) riscaldamento | <input type="checkbox"/> si | <input type="checkbox"/> no |
| c) bagno | <input type="checkbox"/> si | <input type="checkbox"/> no |
- 4) Nella sua abitazione ci sono animali domestici?
- | | |
|-----------------------------|-----------------------------|
| <input type="checkbox"/> si | <input type="checkbox"/> no |
|-----------------------------|-----------------------------|
- 5) Vive in:
- | | | |
|-------------|-----------------------------|-----------------------------|
| a) campagna | <input type="checkbox"/> si | <input type="checkbox"/> no |
| b) città | <input type="checkbox"/> si | <input type="checkbox"/> no |

3. DIETA

- 1) Consuma bevande alcoliche? si no
- 2) Quanti bicchieri al giorno?
- 3) Ha mangiato alimenti crudi? si no
- 4) Ha bevuto acqua non imbottigliata? si no
- 5) Ha bevuto latte fresco non confezionato? si no

4. PROFESSIONE/TEMPO LIBERO

- 1) Che lavoro svolge? a) Agricoltore/ b) muratore/ c) operaio di industria alimentare/ d) di industria tessile/ e) di industria meccanica/ f) tipografo/ g) idraulico/ h) impiegato/ i) casalinga/ l) badante/ m) imbianchino/ n) dirigente/ o) libero professionista/ p) commerciante
- 2) Il suo lavoro implica contatti con sostanze chimiche si no
- 3) Prima dell'attuale, ha svolto altri lavori? Quali?
- 4) Lavora:
- | | | |
|-----------------------|-----------------------------|-----------------------------|
| a) all'aperto | <input type="checkbox"/> si | <input type="checkbox"/> no |
| b) in ambiente chiuso | <input type="checkbox"/> si | <input type="checkbox"/> no |



Sanitarne upzute u više jezika za građane i sanitarne operatere

Upute o bolesti i terapiji

ODELENJE ZA LIJEŠNIKA, LJEKARNIKA I SANITARNOG OPERATERA

3

1. ZEMLJA PODRIJETLA – PUTOVANJA

- 1) Koja je vaća zemlja podrijetla? da ne
- 2) Govorite i razumijete:
- | | | |
|---------------|-----------------------------|-----------------------------|
| a) talijanski | <input type="checkbox"/> da | <input type="checkbox"/> ne |
| b) engleski | <input type="checkbox"/> da | <input type="checkbox"/> ne |
| c) francuski | <input type="checkbox"/> da | <input type="checkbox"/> ne |
- 3) Zadnja zemlja, koju ste posjetili?

2. UVJETI AMBIJENTA – STANA

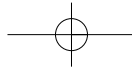
- 1) Gdje stanujete?
- | | | |
|------------------------|-----------------------------|-----------------------------|
| a) U apartmanu | <input type="checkbox"/> da | <input type="checkbox"/> ne |
| b) U zapuštenoj zgradi | <input type="checkbox"/> da | <input type="checkbox"/> ne |
| c) Jeste li bez kuće? | <input type="checkbox"/> da | <input type="checkbox"/> ne |
- 2) Stanujete zajedno s drugim osobama? da ne
- 3) U vašem stanu imate:
- | | | |
|----------------|-----------------------------|-----------------------------|
| a) tekuću vodu | <input type="checkbox"/> da | <input type="checkbox"/> ne |
| b) grijanje | <input type="checkbox"/> da | <input type="checkbox"/> ne |
| c) kupatilo | <input type="checkbox"/> da | <input type="checkbox"/> ne |
- 4) U vašem stanu imate domaće životinje? da ne
- 5) Živite:
- | | | |
|-------------|-----------------------------|-----------------------------|
| a) na selu | <input type="checkbox"/> da | <input type="checkbox"/> ne |
| b) u gradu? | <input type="checkbox"/> da | <input type="checkbox"/> ne |

3. DIJETA

- 1) Pijete alkoholna pića? da ne
- 2) Koliko čaša dnevno? da ne
- 3) Jeste li jeli nekuhanu hranu? da ne
- 4) Jeste li pili vodu ili piće, koje nije u staklenkama? da ne
- 5) Jeste pili svježe ne zapakovano mlijeko? da ne

4. ZANIMANJE / SLOBODNO VRIJEME

- 1) Što radite? a) Poljoprivrednik (poljoprivrednica)/ b) zidar/ c) radnik u prehrambenoj industriji/ d) tekstilnoj industriji/ e) mehaničkoj industriji/ f) tipograf/ g) vodoinstalater/ h) činovnik/ i) domaćica/ l) pružate pomoć u kući/ m) soboslikar/ n) direktor/ o) slobodan profesionalac/ p) trgovac? da ne
- 2) Za vrijeme rada dolazite u kontakt s kemikalija da ne
- 3) Prije ovog rada jeste li radili druge radove? Koje? da ne
- 4) Radite li:
- | | | |
|------------------------|-----------------------------|-----------------------------|
| a) na otvorenom | <input type="checkbox"/> da | <input type="checkbox"/> ne |
| b) u zatvorenom mjestu | <input type="checkbox"/> da | <input type="checkbox"/> ne |

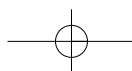


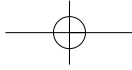
5. ANAMNESI FAMILIARE - FISIOLOGICA

- 1) È sposato? si no
- 2) Convivente con un partner? si no
- 3) Ha figli? si no
- 4) Quanti?
- 5) Di che età?
- 6) I suoi familiari soffrono di malattie importanti, quali a) diabete/ b) ipertensione arteriosa/ c) malattie cardiache/ d) malattie genetiche/ e) allergie/ f) tumori/ g) tubercolosi/ h) infezione da HIV/ i) epatiti/ l) lebbra?
- 7) Fa uso o ha fatto uso di sostanze stupefacenti? si no

6. ANAMNESI GINECOLOGICA

- 1) A quanti anni ha avuto le prime mestruazioni?
- 2) Ha avuto gravidanze: a) normali si no
b) complicate si no
c) aborti si no
- 3) Ritiene di essere in gravidanza? si no
- 4) Data delle ultime mestruazioni
- Gennaio
- Febbraio
- Marzo
- Aprile
- Maggio
- Giugno
- Luglio
- Agosto
- Settembre 1 - 7
- Ottobre 8 - 14
- Novembre 15 - 21
- Dicembre 22 - 31
- 5) È in menopausa? si no
- 6) Da quanti anni?
- 7) Ha dolori mestruali? si no
- 8) Ha perdite intermestruali? si no
- 9) Ha prurito vaginale? si no
- 10) Ha dolore durante i rapporti sessuali? si no
- 11) Sta allattando? si no
- 12) Prende la pillola? si no
- 13) Assume farmaci per la menopausa? si no
- 14) Le è stata posizionata una spirale (IUD)? si no
- 15) Ha fatto un pap test? si no
- 16) Quando?
- 17) Ha fatto una mammografia? si no
- 18) Quando?





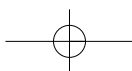
5. BOLESTI U FAMILIJI - FIZIOLOŠKE

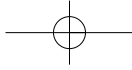
- 1) Jesi li oženjen (udata) da ne
- 2) Živiš li zajedno s partnerom (partnericom)? da ne
- 3) Imate djecu? da ne
- 4) Koliko djece
- 5) Koliko godina imaju?
- 6) Imaju li Vaši roditelji neke značajnije bolesti, kao što su: a) šećerna bolest/
b) povećan krvni tlak/ c) srčane bolesti/ d) genetske bolesti/ e) alergije/
f) rak/ g) tuberkulozu/ h) HIV infekcije/ i) upalu jetra/ l) gubu?
- 7) Jeste li upotrebljavali ili upotrebljavate opojna sredstva? da ne

3

6. GINEKOLOŠKE BOLESTI

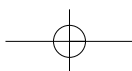
- 1) U kojoj ste godini imali prve menstruacije?
- 2) Jeste bila trudna: a) trudnoća normalna da ne
b) trudnoća komplicirana da ne
c) abortirala da ne
- 3) Mislite da ste u nosećem stanju? da ne
- 4) Kad ste imali zadnje menstruacije?
- Siječanj
- Veljača
- Ožujak
- Travanj
- Svibanj
- Lipanj
- Srpanj
- Kolovoz
- Rujan 1 - 7
- Listopad 8 - 14
- Studen 15 - 21
- Prosinac 22 - 31
- 5) Jeste li u menopauzi? da ne
- 6) Koliko godina je prošlo?
- 7) Imate menstrualne bolove da ne
- 8) Gubitke između jedne i druge menstruacije? da ne
- 9) Svrbež vagine? da ne
- 10) Imate li bolove za vrijeme seksualnih odnosa? da ne
- 11) Dojite li dijete? da ne
- 12) Uzimate li pilulu? da ne
- 13) Uzimate li lijekove za menopauzu da ne
- 14) Jeste li ikad primili spiralu (IUD)? da ne
- 15) Jeste li učinili ginekološki pregled? da ne
- 16) Kada?
- 17) Jeste li ikada izvršili test dojki? da ne
- 18) Kada?

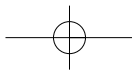




7. ANAMNESI PATOLOGICA/INTERVISTA AL PAZIENTE

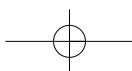
- 1) Ha con se documentazione medica di a) visite/ b) ricoveri/ c) interventi chirurgici/ d) esami del sangue/ e) esami strumentali?
- 2) Ha subito: a) interventi chirurgici si no
 b) infortuni sul lavoro si no
 c) infortuni a domicilio si no
- 3) Da bambino ha avuto: a) la varicella si no
 b) il morbillo si no
 c) la rosolia si no
 d) gli orecchioni si no
 e) la scarlattina si no
 f) il reumatismo articolare acuto si no
- 4) Soffre di: a) asma si no
 b) malattie allergiche b1) respiratorie/
 b2) alimentari/ b3) della pelle?
- 5) Ha contratto: a) la tubercolosi si no
 b) l'epatite si no
 c) l'infezione da HIV si no
 d) la lebbra si no
- 6) Ha mai avuto tumori? si no
- 7) Ha mai fatto radioterapia o chemioterapia? si no
- 8) Ha mai ricevuto trasfusioni di sangue? si no
- 9) Se si, dove e quando è stato trasfuso?
- 10) Soffre di malattie del sangue? si no
- 11) Soffre di emofilia? si no
- 12) Perde sangue con: a) le feci si no
 b) urine si no
 c) dal naso si no
 d) dai genitali si no
 e) mentre tossisce si no
- 13) Ha il diabete? si no
- 14) Soffre di malattie: a) della tiroide si no
 b) del surrene si no
 c) dell'ipofisi si no
- 15) Soffre di malattie del rene? si no
- 16) È in dialisi? si no
- 17) Soffre di malattie: a) dello stomaco si no
 b) del fegato si no
 c) dell'intestino si no
- 18) Soffre di malattie croniche respiratorie? si no
- 19) Ha la pressione: a) alta si no
 b) bassa si no
- 20) Soffre di malattie del cuore? dei vasi sanguigni?
 a) infarto si no
 b) angina si no



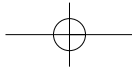


7. PATOLOŠKE BOLESTI/INTERVJU BOLESNIKA

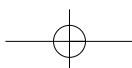
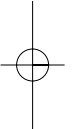
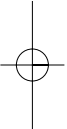
- 1) Imate li sa sobom liječničko dokumentaciju o a) pregledima/ b) smještaj u bolnici/ c) kirurških zahvata/ d) ispitivanja krvi/ e) instrumentalnih ispita?
- 2) Jeste li imali: a) kirurške zahvate da ne
 b) nesreće na poslu da ne
 c) nesreće kod kuće da ne
- 3) Kao dijete jeste li imali: a) male boginje da ne
 b) ospice da ne
 c) dječje osipe da ne
 d) zaušnjake da ne
 e) šarlah da ne
 f) jak reumatizam zglobova da ne
- 4) Bolujete li od: a) astme da ne
 b) alergičnih bolesti b1) disanja/
 b2) prehrane/ b3) kože?
- 5) Jeste li imali: a) tuberkulozu da ne
 b) upalu jetra da ne
 c) HIV infekciju da ne
 d) gubu? da ne
- 6) Jeste li imali rak? da ne
- 7) Jeste li ikada pravili radio terapiju ili kemijsku terapiju? da ne
- 8) Jeste li ikada izvršili transfuziju krvi? da ne
- 9) Gdje i kada ste učinili transfuziju?
- 10) Imate li krvne bolesti? da ne
- 11) Imale li krvarenje? da ne
- 12) Gubite li krv zajedno s: a) izmetima da ne
 b) urinom da ne
 c) iz nosa da ne
 d) iz spolnih organa da ne
 c) dok kašljete da ne
- 13) Imate li šećernu bolest? da ne
- 14) Patite li od: a) štitnjače da ne
 b) nad bubrenih bolova da ne
 c) od hipofize? da ne
- 15) Patite li od bubrega? da ne
- 16) Jeste li pod dijalizom? da ne
- 17) Patite li bolesti: a) želudca da ne
 b) jetara da ne
 c) crijeva da ne
- 18) Imate li kronične bolesti disanja? da ne
- 19) Vaš pritisak je: a) visok da ne
 b) nizak da ne
- 20) Imate li srčane bolesti? krvnih žila?
 a) infarkt da ne
 b) anginu da ne



- 21) È portatore di:
- a) protesi valvolari si no
 - b) pacemaker si no
 - c) defibrillatore si no
- 22) Ha disturbi intestinali?
- a) diarrea si no
 - b) stitichezza si no
- 23) Ha:
- a) dolori addominali si no
 - b) nausea si no
 - c) vomito si no
- 24) Ha quando urina:
- a) bruciore si no
 - b) dolore si no
 - c) difficoltà si no
- 25) Ha disturbi dell'erezione?
- 26) Deglutisce con difficoltà?
- 27) Rigurgita il cibo?
- 28) È recentemente:
- a) diminuito si no
 - b) aumentato di peso si no
- 29) Quanto e in quanto tempo?
- 30) Ha febbre? si no
- 31) Quanta?
- 32) Quando?
- 33) Ha notato a) ingrossamento/ b) dolore delle ghiandole?
- c) collo si no
 - d) inguine si no
 - e) ascelle si no
- 34) Si sente stanco?
- 35) Soffre o ha sofferto di qualche malattia della pelle?
- 36) Ha sulla pelle:
- a) prurito si no
 - b) bruciore si no
- 37) Dove è localizzato?
- 38) Ha disturbi della:
- a) vista si no
 - b) udito si no
- 39) Soffre di:
- a) mal di denti si no
 - b) di gola si no
- 40) Ha:
- a) dolore al torace si no
 - b) tosse si no
 - c) catarro si no
- 41) Ha dolori:
- a) articolari si no
 - b) muscolari si no
- 42) Localizzati dove?
- 43) Soffre di mal di testa?
- 44) Soffre di:
- a) ansia si no
 - b) depressione si no
 - c) variazioni dell'umore si no



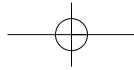
- 21) Nosi: c) aritmiju da ne
 a) srčane ventile da ne
 b) pacemaker da ne
 c) de-fibrilator da ne
- 22) Imate li smetnje u crijevima? a) dijareju da ne
 b) tvrdi stolicu da ne
- 23) Imate li: a) bolove u trbuhu da ne
 b) gađenje da ne
 c) povraćanje da ne
- 24) Imate li: a) žgaravicu da ne
 b) bolove da ne
 c) poteškoće kod pišanja da ne
- 25) Imate poteškoće u nabreknuću? da ne
- 26) Gutate li s poteškoćom da ne
- 27) Povraćate li hranu? da ne
- 28) Je ste li nedavno: a) smanjili da ne
 b) povećali težinu da ne
- 29) Koliko kilograma i u koliko vrijeme?
- 30) Imate li groznicu? da ne
- 31) Koliko visoku?
- 32) Od kada?
- 33) Jeste li opazili povećanje a) žlijezda/ b) bolove žlijezda na:
 c) vratu da ne
 d) na preponi da ne
 e) pod pazuhom? da ne
- 34) Osjećate li se umorni? da ne
- 35) Patite ili ste patili od kakve kožne bolesti? da ne
- 36) Imate li vas koža: a) svrbež da ne
 b) peče da ne
- 37) Gdje vas peče?
- 38) Imate li smetnje na: a) očima da ne
 b) sluhu da ne
- 39) Imate li bolove na: a) zubima da ne
 b) u grlu da ne
- 40) Imate li bolove u: a) prsnom košu da ne
 b) kašalj da ne
 c) katar da ne
- 41) Imate li bolove u: a) zglobovima da ne
 b) mišićama da ne
- 42) Gdje se nalaze?
- 43) Patite li od glavo bola? da ne
- 44) Patite li od: a) zabrinutosti da ne
 b) depresija da ne
 c) mijenjate brzo vaše raspoloženje da ne



- 45) Ha subito: a) interventi chirurgici si no
b) ricoveri in ospedale si no
- 46) Quando e in quale ospedale?
- 47) Ha subito: a) traumi si no
b) incidenti stradali si no
c) è stato ferito si no
d) le sono stati dati punti di sutura si no
- 48) È stato: a) ingessato si no
b) immobilizzato si no
- 49) Ha difficoltà: a) a muoversi si no
b) a camminare si no
c) mantenere l'equilibrio si no
- 50) Ha difficoltà: a) a parlare si no
b) pronunciare le parole si no
c) capire quello che le viene detto si no
- 51) Ha disturbi della memoria? si no
- 52) Ha notato agli arti: a) gonfiore si no
b) dolore si no
c) pallore si no
d) cianosi si no
- 53) Ha difficoltà: a) a respirare a riposo si no
b) mentre cammina si no
c) mentre corre si no
d) mentre sale le scale si no
- 54) Quanti cuscini usa quando dorme?
- 55) Ha avuto rapporti sessuali: a) occasionali si no
b) omosessuali si no
- 56) È stato sottoposto a trapianto di organo? si no
- 57) È portatore di handicap fisico psichico, sensoriale? si no
- 58) Le persone che vivono con lei hanno o hanno avuto gli stessi sintomi? si no

8. VISITA MEDICA

- 1) a) Si spogli/ b) si vesta
- 2) Si metta sul lettino a) seduto/ b) sdraiato/ c) supino/ d) prono/
e) sul fianco destro/ f) sul fianco sinistro/ g) in piedi
- 3) Le misuro a) la pressione/ b) il polso/ c) la febbre
- 4) a) Apra/ b) chiuda la bocca
- 5) a) Respiri/ b) non respiri/ c) tossisca / d) lasci la pancia morbida
- 6) Fa male? si no
- 7) Sente? si no
- 8) Non sente? si no
- 9) Stringa la mia mano
- 10) Mantenga sollevata a) la gamba/ b) il braccio
- 11) Chiuda gli occhi



- 45) Jeste imali: a) kirurške pothvate da ne
b) smještaj u bolnici da ne
- 46) Kad i u kojoj bolnici?
- 47) Jeste imali: a) traume da ne
b) incidente na putima da ne
c) Jeste bili ranjeni da ne
d) Jeste li zadobili šavove da ne
- 48) Jeste li bili: a) u gipsu da ne
b) nepokretni da ne
- 49) Imate li poteškoću: a) kretati se da ne
b) hodati da ne
c) održavati ravnotežu da ne
- 50) Imate li poteškoću: a) govoriti da ne
b) izgovarati riječi da ne
c) razumjeti to što se vama kaže? da ne
- 51) Imate li smetnje memorije? da ne
- 52) Jeste li primijetili: a) otekline da ne
b) bol da ne
c) bljedoću da ne
d) modrenicu na krajnjim dijelovima tijela da ne
- 53) Imate li poteškoće: a) disanja za vrijeme odmora da ne
b) dok hodate da ne
c) dok trčite da ne
d) dok idete gore po stepenicama da ne
- 54) Koliko jastuka imate za vrijeme spavanja?
- 55) Jeste imali prigodne seksualne odnose: a) prigodne da ne
b) homoseksualne da ne
- 56) Jeste li bili podloženi presađivanju organa? da ne
- 57) Imate li fizički, psihički ili osjetni handicap? da ne
- 58) Osobe, koje žive s vama jesu imale iste simptome? da ne

8. LIJEĀNIĀKI PREGLED

- 1) Skinite a) odjeću/ b) obucite se
- 2) Sjednite a) na krevetić/ b) legnite/ c) legnite na leđa/ d) nagnite se/
e) na desnu stranu/ f) na lijevu stranu/ g) stanite na noge
- 3) Izmjerit ću a) vama pritisak/ b) kucanje srca/ c) temperaturu
- 4) a) Otvorite/ b) zatvorite usta
- 5) a) Dišite/ b) ne dišite/ c) kašljete/ d) opustite se da bude stomak mekan
- 6) Boli vas? da ne
- 7) Osjećate li bol? da ne
- 8) Ne osjećate ništa? da ne
- 9) Stisnite moju ruku!
- 10) Ostavite podignutu a) nogu/ b) ruku
- 11) Zatvorite oči

- 12) Cammini 7 passi a) avanti/ b) indietro
 13) A casa misuri a) la temperatura/ b) la pressione
 14) Torni al controllo il giorno

9. RICHIESTA DI ESAMI DEL SANGUE/STRUMENTALI

- 1) Le è stata concessa qualche esenzione per patologia o per reddito? si no
 2) Ha una pensione di invalidità? si no
 3) Ha un'esenzione per invalidità civile? si no
 4) Ha un'assicurazione? si no
 5) Deve fare degli esami a) del sangue/ b) delle urine/ c) delle feci
 6) Deve fare una a) radiografia/ b) ecografia/ c) TAC/ d) RMN/
 e) elettrocardiogramma/ f) ecocardiogramma/ g) ecocolordoppler/
 h) gastroscopia/ i) colonscopia
 7) Deve prenotare una visita specialistica/ a) infettivologica/ b) cardiologica/
 c) ortopedica/ d) neurologica/ e) ginecologica/ f) dermatologica/
 g) otorinolaringoiatrica/ h) chirurgica/ i) pediatrica/ l) oculistica/
 m) odontoiatrica/ n) ematologica/ o) urologica
 8) Prenoti una a) prima visita/ b) visita di controllo/ c) visita urgente presso
 9) Deve andare in pronto soccorso
 10) Deve essere ricoverato in ospedale
 11) Deve fare a) terapia riabilitativa/ b) terapia fisica
 (c) ionoforesi/ d) massaggi/ e) tens/ f) trazioni/ g) infiltrazioni)

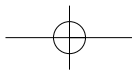
10. FARMACI/VACCINI

- 1) Usa abitualmente farmaci? si no
 2) Quali?
 3) Per quale malattia?
 4) Da quanto tempo ha sospeso le medicine?
 5) Ha una lista completa dei farmaci che usa? si no
 6) È in terapia: a) anticoagulante si no
 b) chemioterapica si no
 7) Fa uso di prodotti omeopatici o erbe medicinali? si no
 8) Quali?
 9) Da quanto tempo?
 10) Si è sottoposto a qualche vaccinazione? si no
 11) Quando?
 12) Quale?
 13) Ha mai avuto reazioni allergiche da farmaci? si no
 14) Per quali farmaci?
 15) Quando?

11. PRESCRIZIONI TERAPEUTICHE

Le prescrivo di:

- 1) assumere per bocca a) compresse/ b) pastiglie/ c) gocce/ d) capsule/
 e) cucchiari di sciroppo



- 12) Idite 7 koraka a) naprijed/ b) nazad
 13) Kod kuće mjerite a) li temperaturu/ b) pritisak?
 14) Molim vas, vratite se na kontrolu dana

9. ZAHTJEV PO ISPITIVANJU KRVI/INSTRUMENTALNO ISPITIVANJE

- 1) Da li ste oslobođeni uplate radi patologije ili radi dohotka? da ne
 2) Imate li invalidsku penziju? da ne
 3) Jeste li oslobođeni platiti sanitarne usluge radi civilne invalidnosti? da ne
 4) Imate li osiguranje? da ne
 5) Morate mi donijeti ispite a) krvi/ b) urine/ c) izmetina
 6) Morate mi donijeti a) radiografiju/ b) ekografiju/ c) TAC/ d) RMN/
 e) elektrokardiogram/ f) eko-kolor-dopler/ g) gastroskopiju/ h) ispitivanje/
 i) debelog crijeva
 7) Morate rezervirati a) specijalistički pregled radi infekcija/ b) srca/ c) ortopedski/
 d) neurološki/ e) ginekološki/ f) dermatološki/ g) pregled uha/ h) nosa i grla/
 i) kirurški/ l) pedijatrijski/ m) pregled oči/ n) pregled zubi/ o) hematološki/
 p) urološki
 8) Rezervirajte a) prvi pregled/ b) kontrolni pregled/ c) urgentni pregled kod
 9) Morate ići kod prve pomoći
 10) Morate ići u bolnicu
 11) Morate izvršiti a) terapiju rehabilitacije/ b) fizičku terapiju (c) ionoforezi/
 d) masažu/ e) TENS/ f) protezanja/ g) infiltriranja)

3

10. LIJEKOVI/CJEPIVO

- 1) Obično upotrebljavate lijekove? da ne
 2) Koje?
 3) Za koju bolest?
 4) Koliko vrijeme već ne uzimate lijekove?
 5) Imate li kompletan popis lijekova koje uzimate? da ne
 6) Jeste li: a) pod terapijom zgrušavanja krvi da ne
 b) pod kemijskom terapijom da ne
 7) Upotrebljavate li homeopatske lijekove ili biljne lijekove? da ne
 8) Koje?
 9) Koliko vremena?
 10) Da li ste izvršili kakvo cijepljenje? da ne
 11) Kada?
 12) Koje vrste?
 13) Jeste li alergični na lijekove? da ne
 14) Protiv kojih lijekova?
 15) Kada?

11. TERAPEUTSKI PROPISI

Prepisujem lijekove:

- 1) Uzimajte preko usta a) tablete/ b) pastilije/ c) kapljice/ d) kapsule/
 e) malenu žličicu sirupa

- 2) fare sciacqui con
- 3) fare impacchi con
- 4) fare bagni con
- 5) fare a) aerosol/ b) inalazioni con
- 6) fare iniezioni a) intramuscolo/ b) endovena/ c) sottocute
- 7) fare sciogliere a) compresse effervescenti/ b) bustine/ c) fiale/ d) polvere
- 8) applicare – spalmare a) crema/ b) pomata/ c) tintura/ d) soluzione
- 9) introdurre a) supposta/ b) candeletta vaginale/ c) ovulo vaginale

Il farmaco deve essere somministrato:

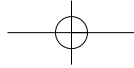
- 10) a) ogni giorno/ b) a giorni alterni/ c) una volta - d) due volte - alla settimana/
e) al bisogno
- 11) a) alla mattina/ b) alla sera/ c) al pomeriggio/ d) alla stessa ora/
e) mattina e sera
- 12) mattina, pomeriggio e sera
- 13) a) prima di/ b) dopo/ c) a stomaco pieno/ d) a digiuno
- 14) a) per ... giorni/ b) per ... settimane/ c) per ... mesi/ d) per sempre

Per questa ricetta in farmacia:

- a) non pagherà nulla
- b) pagherà un ticket
- c) pagherà il prezzo intero

12. CERTIFICATI

- 1) Le compilo un certificato:
 - a) di buona salute
 - b) assicurativo
 - c) per indennità di malattia
 - d) per attività sportiva
 - e) per infortunio sul lavoro e1) primo/
e2) continuativo/ e3) di chiusura



- 2) Pravite ispiranja sa
- 3) Pravite vlažne obloge
- 4) Pravite kupanja sa
- 5) Pravite a) aerosol/ b) inhalacije sa
- 6) Pravite injekcije a) u mišić/ b) u venu/ c) pod kožu
- 7) Rastopite a) efervescentne tablete/ b) vrećicu/ c) ampulo/ d) prašak
- 8) Primijenite – a) premažite kremu/ b) pomadu/ c) boju/ d) rastopinu
- 9) Umetnite si a) supozitorij/ b) svjećicu za vaginu/ c) jaješce vagine

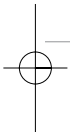
Lijek morate uzeti:

- 10) a) Svaki dan/ b) svaki drugi dan/ c) jedan puta-dva puta–sedmično/
d) po potrebi
- 11) a) Ujutro/ b) navečer/ c) poslije podne/ d) u isti sat/ e) ujutro i navečer/
f) poslije podne i navečer
- 12) Ujutro, poslije podne i navečer
- 13) a) Prije/ b) poslije/ c) kod praznog želudca/ d) natašte
- 14) a) Za ... dan/ b) za ... sedmicu/ c) za ... mjesec/ d) zauvijek

Odnesite ovaj recept u farmaciju:

- a) nećete ništa platiti
- b) platit ćete tiket
- c) platit ćete cijelu cijenu

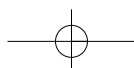
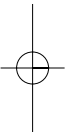
3



12. POTVRDE

1) Ispunit ću vama potvrdu:

- a) da ste zdravi
- b) za osiguranje
- c) da možete tražiti naknadu za vrijeme bolovanja
- d) za športsku aktivnost
- e) za nesreću na poslu e1) za prve dane bolovanja/
e2) za neprekidno bolovanje/ e3) za zatvaranje
bolovanja



Dottore ho dolore alla testa	Doktor boli me glava
Dottore mi bruciano gli occhi	Doktor peču me oči
Dottore ho dolore alla gola	Doktor boli me grlo
Dottore ho dolore ai denti	Doktor bole me zubi
Dottore ho mal d'orecchio	Doktor boli me uho
Dottore ho il raffreddore	Doktor prehla?en sam
Dottore mi esce sangue dal naso	Doktor krv mi izlazi iz nosa
Dottore ho la febbre	Doktor imam groznicu
Dottore ho la tosse,vorrei uno sciroppo	Doktor imam kašalj, želio bih sirup
Dottore ho le vertigini	Doktor imam vrtoglavicu
Dottore ho mal di stomaco	Doktor boli me želudac
Dottore ho la diarrea	Doktor imam proljev
Dottore ho mal di pancia	Doktor boli me trbuh
Dottore ho dolore a) alla schiena/ b) al braccio/ c) alla mano/ d) al piede/ e) al ginocchio/ f) alla caviglia	Doktor bole me a) leđa/ b) ruka/ c) ekstremitete ruke/ d) noga/ e) koljeno/ f) gležanj
Dottore mi sono ustionato	Doktor opekao sam se
Dottore mi sono scottato al sole	Doktor opekao sam se na suncu
Dottore ho rotto la dentiera	Doktor slomio sam umjetno zubalo
Dottore ho bisogno di un antinevralgico	Doktor treba mi lijek protiv neuralgije
Dottore ho il naso chiuso	Doktor imam zatvoren nos
Dottore vorrei un lassativo	Doktor želim lijek za čišćenje
Dottore vorrei un collirio	Doktor želim kolirij
Dottore vorrei qualcosa per i dolori mestruali	Doktor želim lijek protiv menstruacije
Dottore soffro di mal a) d'auto/ b) aereo	Doktor ne podnosim a) auto/ b) zrakoplov
Dottore come si prende questo medicinale?	Doktor kako se upotrebljava ovaj lijek?
Dottore quante volte al giorno?	Doktor koliko puta na dan?
Dottore ho una puntura di insetto	Doktor imam ubod insekta
Dottore ho le vene varicose, vorrei una pomata	Doktor imam proširene vene, želim imati mast
Dottore vorrei qualcosa contro le zanzare	Doktor želim da mi date nešto protiv komaraca
Dottore vorrei provare la pressione arteriosa	Doktor želim kontrolirajte mi pritisak
Dottore ho bisogno a) del cotone idrofilo/ b) delle garze/ c) di bende	Doktor treba mi a) vata/ b) gaza/ c) povoj
Dottore ho bisogno di un cerotto	Doktor treba mi flaster
Dottore ho bisogno di un disinfettante	Doktor treba mi raskužno sredstvo
Dottore ho bisogno di un termometro	Doktor treba mi termometar
Dottore vorrei una siringa	Doktor treba mi štrcaljka
Dottore ho bisogno di un pacco di assorbenti igienici	Doktor treba mi paket higijenskih uložaka
Dottore ho bisogno di un pacco di pannolini per bambini	Doktor treba mi paket platna za djecu (panolina)
Dottore vorrei scegliere degli omogeneizzati	Doktor htjela bih odabrati homogenizirana jela za djecu
Dottore ho bisogno di un dentifricio	Doktor treba mi pasta za zube
Dottore ho bisogno di un collutorio	Doktor treba mi voda za ispiranje zuba
Dottore vorrei un prodotto omeopatico	Doktor htjela/htio bih homeopatski proizvod
Dottore vorrei una pillola anticoncezionale	Doktor htjela bih pilulu protiv Trudnoće
Dottore vorrei un antibiotico	Doktor željela/želio bih antibiotik

Antibiotico	Antibiotik
Analgesico/antidolorifico	Sredstvo protiv bolova/ublažuje bol
Antiparassitario	Protiv parazita
Assorbenti	Higijenski ulošci
Biopsia	Biopsija
Bustine	Omoti
Cerotto	Flaster
Collutorio	Voda za ispiranje usta
Colonscopia	Kontrola debelog crijeva (kolonoskopija)
Comprese	Tablete
Crema	Krema
Dentifricio	Pasta za zube
Diabete	Šećerna bolest
Disinfettante	Raskužno sredstvo
Ecografia	Ekografija
Febbre	Groznica
Garza	Gaza
Gastroscopia	Gastroskopija/kontrola želuca
Granulato	Granulat/u zncima
Ipertensione	Hipertenzija, povišen pritisak
Lassativo	Lijek za čišćenje
Lavanda ginecologica	Tekućina za ginekološko ispiranje
Lozione	Tekućina za ispiranje
Mammografia	Mamografija, rendgenski pregled dojki
Ovuli	Ženska spolna stanica
Pap-test	Pap-test (test rodnice)
Pomata	Pomada
Prelievo del sangue	Uzimanje krvi
Radiografia	Radiografija
Sedativo	Sredstvo za umirenje/sedativ
Sciroppo	Sirup
Siringa	Štrcaljka
Supposta	Supozitorij
Spazzolino	Četkica za zube
Termometro	Termometar
Test di gravidanza	Test trudnoće
Tisana	Uvarak
Vaccinazione	Cijepljenje
Vaccino	Cjepivo

FRANCESE

Guida sanitaria multilingue

per i cittadini e gli operatori sanitari

Guida all'anamnesi ed alla terapia

**SEZIONE PER IL MEDICO, FARMACISTA
OPERATORE SANITARIO**

1. PAESI D'ORIGINE - VIAGGI

- 1) Qual è il suo Paese d'origine?
- 2) Parla e capisce:
- | | | |
|-------------|-----------------------------|-----------------------------|
| a) italiano | <input type="checkbox"/> si | <input type="checkbox"/> no |
| b) inglese | <input type="checkbox"/> si | <input type="checkbox"/> no |
| c) francese | <input type="checkbox"/> si | <input type="checkbox"/> no |
- 3) Qual è stato l'ultimo Paese da lei visitato?

2. CONDIZIONI AMBIENTALI-ABITATIVE

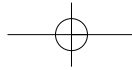
- 1) Dove vive?
- | | | |
|-------------------------------|-----------------------------|-----------------------------|
| a) in un appartamento | <input type="checkbox"/> si | <input type="checkbox"/> no |
| b) in uno stabile abbandonato | <input type="checkbox"/> si | <input type="checkbox"/> no |
| c) all'addiaccio | <input type="checkbox"/> si | <input type="checkbox"/> no |
- 2) Convive con altre persone?
- | | |
|-----------------------------|-----------------------------|
| <input type="checkbox"/> si | <input type="checkbox"/> no |
|-----------------------------|-----------------------------|
- 3) Nella sua abitazione c'è:
- | | | |
|-------------------|-----------------------------|-----------------------------|
| a) acqua corrente | <input type="checkbox"/> si | <input type="checkbox"/> no |
| b) riscaldamento | <input type="checkbox"/> si | <input type="checkbox"/> no |
| c) bagno | <input type="checkbox"/> si | <input type="checkbox"/> no |
- 4) Nella sua abitazione ci sono animali domestici?
- | | |
|-----------------------------|-----------------------------|
| <input type="checkbox"/> si | <input type="checkbox"/> no |
|-----------------------------|-----------------------------|
- 5) Vive in:
- | | | |
|-------------|-----------------------------|-----------------------------|
| a) campagna | <input type="checkbox"/> si | <input type="checkbox"/> no |
| b) città | <input type="checkbox"/> si | <input type="checkbox"/> no |

3. DIETA

- 1) Consuma bevande alcoliche? si no
- 2) Quanti bicchieri al giorno?
- 3) Ha mangiato alimenti crudi? si no
- 4) Ha bevuto acqua non imbottigliata? si no
- 5) Ha bevuto latte fresco non confezionato? si no

4. PROFESSIONE/TEMPO LIBERO

- 1) Che lavoro svolge? a) Agricoltore/ b) muratore/ c) operaio di industria alimentare/ d) di industria tessile/ e) di industria meccanica/ f) tipografo/ g) idraulico/ h) impiegato/ i) casalinga/ l) badante/ m) imbianchino/ n) dirigente/ o) libero professionista/ p) commerciante
- 2) Il suo lavoro implica contatti con sostanze chimiche si no
- 3) Prima dell'attuale, ha svolto altri lavori? Quali?



Guide sanitaire multilingue

pour les habitants et les opérateurs sanitaires

Guide à l'anamnèse et à la thérapie

SECTION POUR LE MÉDECIN/LE PHARMACIEN ET L'OPÉRATEUR SANITAIRE

4

1. PAYS D'ORIGINE – VOYAGES

- 1) Quel est votre Pays d'origine?
- 2) Parlez-vous et comprenez-vous: a) l'italien oui non
b) l'anglais oui non
c) le français oui non
- 3) Quel est le dernier pays que vous avez visité?

2. CONDITIONS AMBIANTES – DE LOGEMENT

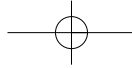
- 1) Où vivez-vous? a) dans un appartement oui non
b) dans un immeuble abandonné oui non
c) à la belle étoile oui non
- 2) Vivez-vous avec d'autres personnes? oui non
- 3) Dans votre logement y a-t-il: a) l'eau courante oui non
b) le chauffage oui non
c) la salle de bains? oui non
- 4) Y a-t-il des animaux dans votre logement? oui non
- 5) Vivez-vous: a) à la campagne oui non
b) en ville oui non

3. REGIME

- 1) Consommez-vous des boissons alcoolisées? oui non
- 2) Combien de verres par jour?
- 3) Avez-vous mangé des aliments crus? oui non
- 4) Avez-vous bu de l'eau non embouteillée? oui non
- 5) Avez-vous bu du lait frais non conditionné? oui non

4. PROFESSION/TEMPS LIBRE

- 1) Quelle est votre profession? a) Agriculteur/ b) maçon/ c) ouvrier dans l'industrie alimentaire/d) industrie textile/ e) industrie mécanique/ f) typographe/
g) plombier/ h) employé/ i) ménagère/ l) assistante auprès de personnes âgées ou handicapées/ m) peintre en bâtiment/ n) cadre/
o) profession libérale/ p) commerçant
- 2) Est-ce que votre travail implique des contacts avec des substances chimiques? oui non
- 3) Avant votre profession actuelle, avez-vous exercé d'autres professions? Lesquelles?



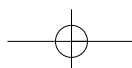
- 4) Lavora: a) all'aperto si no
b) in ambiente chiuso si no

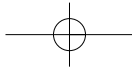
5. ANAMNESI FAMILIARE - FISIOLOGICA

- 1) È sposato? si no
2) Convivente con un partner? si no
3) Ha figli? si no
4) Quanti?
5) Di che età?
6) I suoi familiari soffrono di malattie importanti, quali a) diabete/ b) ipertensione arteriosa/ c) malattie cardiache/ d) malattie genetiche/ e) allergie/ f) tumori/ g) tubercolosi/ h) infezione da HIV/ i) epatiti/ l) lebbra?
7) Fa uso o ha fatto uso di sostanze stupefacenti? si no

6. ANAMNESI GINECOLOGICA

- 1) A quanti anni ha avuto le prime mestruazioni?
2) Ha avuto gravidanze: a) normali si no
b) complicate si no
c) aborti si no
3) Ritiene di essere in gravidanza? si no
4) Data delle ultime mestruazioni
Gennaio
Febbraio
Marzo
Aprile
Maggio
Giugno
Luglio
Agosto
Settembre 1 - 7
Ottobre 8 - 14
Novembre 15 - 21
Dicembre 22 - 31
5) È in menopausa? si no
6) Da quanti anni?
7) Ha dolori mestruali? si no
8) Ha perdite intermestruali? si no
9) Ha prurito vaginale? si no
10) Ha dolore durante i rapporti sessuali? si no
11) Sta allattando? si no
12) Prende la pillola? si no
13) Assume farmaci per la menopausa? si no
14) Le è stata posizionata una spirale (IUD)? si no
15) Ha fatto un pap test? si no





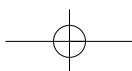
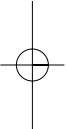
- 4) Travaillez-vous: a) en plein-air oui non
 b) dans un lieu couvert oui non

5. ANAMNESE FAMILIALE - PHYSIOLOGIQUE

- 1) Etes-vous marié? oui non
 2) Avez-vous un partenaire? oui non
 3) Avez-vous des enfants? oui non
 4) Combien?
 5) De quel âge?
 6) Vos parents souffrent-ils de maladies importantes telles que a) diabète/
 b) hypertension artérielle/ c) maladies cardiaques/ d) maladies génétiques/
 e) allergies/ f) cancers/ g) tuberculose/ h) infections de HIV/ i) hépatites/
 l) lèpre?
 7) Faites-vous ou avez-vous fait usage de substances stupéfiantes? oui non

6. ANAMNESE GYNECOLOGIQUE

- 1) A quel âge avez-vous eu vos premières menstruations?
 2) Avez-vous eu des grossesses: a) normales oui non
 b) compliquées oui non
 c) fausses couches oui non
 3) Croyez-vous être enceinte? oui non
 4) Quand avez-vous eu vos dernières règles?
 Janvier
 Février
 Mars
 Avril
 Mai
 Juin
 Juillet
 Août
 Septembre 1 - 7
 Octobre 8 - 14
 Novembre 15 - 21
 Décembre 22 - 23
 5) Etes-vous ménopausé? oui non
 6) Depuis combien d'années?
 7) Souffrez-vous de douleurs menstruelles? oui non
 8) Avez-vous des pertes intermenstruelles? oui non
 9) Avez-vous du prurit vaginal? oui non
 10) Avez-vous des douleurs durant les rapports sexuels? oui non
 11) Etes-vous en train d'allaiter? oui non
 12) Prenez-vous la pilule? oui non
 13) Prenez-vous des médicaments pour la ménopause? oui non
 14) Avez-vous une spirale (IUD)? oui non
 15) Avez-vous déjà fait un frottis? oui non



16) Quando?

17) Ha fatto una mammografia?

si no

18) Quando?

7. ANAMNESI PATOLOGICA/INTERVISTA AL PAZIENTE

1) Ha con se documentazione medica di a) visite/ b) ricoveri/ c) interventi chirurgici/ d) esami del sangue/ e) esami strumentali?

2) Ha subito: a) interventi chirurgici si no

b) infortuni sul lavoro si no

c) infortuni a domicilio si no

3) Da bambino ha avuto: a) la varicella si no

b) il morbillo si no

c) la rosolia si no

d) gli orecchioni si no

e) la scarlattina si no

f) il reumatismo articolare acuto si no

4) Soffre di: a) asma si no

b) malattie allergiche b1) respiratorie/

b2) alimentari/ b3) della pelle?

5) Ha contratto: a) la tubercolosi si no

b) l'epatite si no

c) l'infezione da HIV si no

d) la lebbra si no

6) Ha mai avuto tumori? si no

7) Ha mai fatto radioterapia o chemioterapia? si no

8) Ha mai ricevuto trasfusioni di sangue? si no

9) Se si, dove e quando è stato trasfuso?

10) Soffre di malattie del sangue? si no

11) Soffre di emofilia? si no

12) Perde sangue con: a) le feci si no

b) urine si no

c) dal naso si no

d) dai genitali si no

e) mentre tossisce si no

13) Ha il diabete? si no

14) Soffre di malattie: a) della tiroide si no

b) del surrene si no

c) dell'ipofisi si no

15) Soffre di malattie del rene? si no

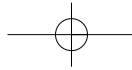
16) È in dialisi? si no

17) Soffre di malattie: a) dello stomaco si no

b) del fegato si no

c) dell'intestino si no

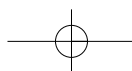
18) Soffre di malattie croniche respiratorie? si no



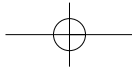
- 16) Quand? oui non
- 17) Avez-vous fait une mammographie? oui non
- 18) Quand?

7. ANAMNESE PATHOLOGIQUE/INTERVIEW AU PATIENT

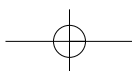
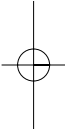
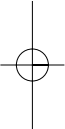
- 1) Avez-vous apporté une documentation médicale concernant a) visites/
b) hospitalisations/ c) interventions chirurgicales/ d) examens du sang/
e) examens instrumentaux? oui non
- 2) Avez-vous subi: a) des interventions chirurgicales oui non
b) des accidents du travail oui non
c) des accidents domestiques? oui non
- 3) Avez-vous eu en bas âge: a) la varicelle oui non
b) la rougeole oui non
c) la rubéole oui non
d) les oreillons oui non
e) la scarlatine oui non
f) des rhumatismes articulaires aigus oui non
- 4) Souffrez-vous: a) d'asthme oui non
b) de maladies allergiques b1) respiratoires/
b2) alimentaires/ b3) cutanées?
- 5) Avez-vous eu: a) la tuberculose oui non
b) l'hépatite oui non
c) des infections de HIV oui non
d) la lèpre oui non
- 6) Avez-vous été atteint de cancers? oui non
- 7) Avez-vous subi une radiothérapie ou une chimiothérapie? oui non
- 8) Avez-vous subi des transfusions sanguines? oui non
- 9) Si oui, où et quand avez-vous été transfusé? oui non
- 10) Souffrez-vous de maladies du sang? oui non
- 11) Souffrez-vous d'hémophilie? oui non
- 12) Pertes de sang: a) dans les selles oui non
b) les urines oui non
c) des saignements du nez oui non
d) des organes génitaux oui non
e) pendant que vous toussiez oui non
- 13) Avez-vous le diabète? oui non
- 14) Souffrez-vous de maladies: a) de la thyroïde oui non
b) des surrénales oui non
c) de l'hypophyse oui non
- 15) Souffrez-vous de maladies rénales? oui non
- 16) Etes-vous dialysé? oui non
- 17) Souffrez-vous de maladies: a) de l'estomac oui non
b) du foie oui non
c) de l'intestin oui non
- 18) Souffrez-vous de maladies chroniques respiratoires? oui non



- 19) Ha la pressione: a) alta si no
b) bassa si no
- 20) Soffre di malattie del cuore? dei vasi sanguigni?
a) infarto si no
b) angina si no
c) aritmia si no
- 21) È portatore di: a) protesi valvolari si no
b) pacemaker si no
c) defibrillatore si no
- 22) Ha disturbi intestinali? a) diarrea si no
b) stitichezza si no
- 23) Ha: a) dolori addominali si no
b) nausea si no
c) vomito si no
- 24) Ha quando urina: a) bruciore si no
b) dolore si no
c) difficoltà si no
- 25) Ha disturbi dell'erezione? si no
- 26) Deglutisce con difficoltà? si no
- 27) Rigurgita il cibo? si no
- 28) È recentemente: a) diminuito si no
b) aumentato di peso si no
- 29) Quanto e in quanto tempo?
- 30) Ha febbre? si no
- 31) Quanta?
- 32) Quando?
- 33) Ha notato a) ingrossamento/ b) dolore delle ghiandole?
c) collo si no
d) inguine si no
e) ascelle si no
- 34) Si sente stanco? si no
- 35) Soffre o ha sofferto di qualche malattia della pelle? si no
- 36) Ha sulla pelle: a) prurito si no
b) bruciore si no
- 37) Dove è localizzato?
- 38) Ha disturbi della: a) vista si no
b) udito si no
- 39) Soffre di: a) mal di denti si no
b) di gola si no
- 40) Ha: a) dolore al torace si no
b) tosse si no
c) catarro si no
- 41) Ha dolori: a) articolari si no
b) muscolari si no
- 42) Localizzati dove?



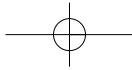
- 19 Avez-vous: a) de l'hypertension oui non
 b) de hypotension oui non
- 20) Avez-vous des maladies du cœur/ des vaisseaux sanguins?
 a) infarctus oui non
 b) angine de poitrine oui non
 c) arythmies oui non
- 21) Etes-vous porteur: a) prothèses valvulaires oui non
 b) pacemaker oui non
 c) défibrillateur oui non
- 22) Avez-vous des troubles intestinaux? a) diarrhée oui non
 b) constipation oui non
- 23) Avez-vous des douleurs: a) abdominales oui non
 b) nausées oui non
 c) vomissements oui non
- 24) Avez-vous lorsque vous urinez: a) brûlures oui non
 b) douleurs oui non
 c) difficultés oui non
- 25) Avez-vous des problèmes d'érection? oui non
- 26) Déglutissez-vous avec difficulté? oui non
- 27) Régurgitez-vous les aliments? oui non
- 28) Avez-vous récemment: a) maigri oui non
 b) grossi oui non
- 29) Combien de kilos et en combien de temps?
- 30) Avez-vous de la fièvre? oui non
- 31) Combien?
- 32) Quand?
- 33) Avez-vous remarqué un a) grossissement/ b) douleur aux glandes?
 c) du cou oui non
 d) de l'aîne oui non
 e) des aisselles oui non
- 34) Vous sentez-vous fatigué? oui non
- 35) Souffrez-vous ou avez-vous souffert de maladies de la peau? oui non
- 36) Avez-vous des sur la peau: a) démangeaisons oui non
 b) brûlures oui non
- 37) Où sont-elles localisées?
- 38) Avez-vous des troubles: a) de la vue oui non
 b) de l'ouïe oui non
- 39) Avez-vous mal: a) aux dents oui non
 b) la gorge oui non
- 40) Avez-vous des douleurs: a) au thorax oui non
 b) toux oui non
 c) catarrhe oui non
- 41) Avez-vous des douleurs: a) articulaires oui non
 b) musculaires oui non
- 42) Où sont-elles localisées?



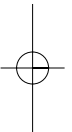
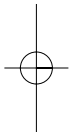
- 43) Soffre di mal di testa? si no
- 44) Soffre di: a) ansia si no
 b) depressione si no
 c) variazioni dell'umore si no
- 45) Ha subito: a) interventi chirurgici si no
 b) ricoveri in ospedale si no
- 46) Quando e in quale ospedale?
- 47) Ha subito: a) traumi si no
 b) incidenti stradali si no
 c) è stato ferito si no
 d) le sono stati dati punti di sutura si no
- 48) È stato: a) ingessato si no
 b) immobilizzato si no
- 49) Ha difficoltà: a) a muoversi si no
 b) a camminare si no
 c) mantenere l'equilibrio si no
- 50) Ha difficoltà: a) a parlare si no
 b) pronunciare le parole si no
 c) capire quello che le viene detto si no
- 51) Ha disturbi della memoria? si no
- 52) Ha notato agli arti: a) gonfiore si no
 b) dolore si no
 c) pallore si no
 d) cianosi si no
- 53) Ha difficoltà: a) a respirare a riposo si no
 b) mentre cammina si no
 c) mentre corre si no
 d) mentre sale le scale si no
- 54) Quanti cuscini usa quando dorme?
- 55) Ha avuto rapporti sessuali: a) occasionali si no
 b) omosessuali si no
- 56) È stato sottoposto a trapianto di organo? si no
- 57) È portatore di handicap fisico psichico, sensoriale? si no
- 58) Le persone che vivono con lei hanno o hanno avuto gli stessi sintomi? si no

8. VISITA MEDICA

- 1) a) Si spogli/ b) si vesta
- 2) Si metta sul lettino a) seduto/ b) sdraiato/ c) supino/ d) prono/
 e) sul fianco destro/ f) sul fianco sinistro/ g) in piedi
- 3) Le misuro a) la pressione/ b) il polso/ c) la febbre
- 4) a) Apra/ b) chiuda la bocca
- 5) a) Respiri/ b) non respiri/ c) tossisca / d) lasci la pancia morbida
- 6) Fa male? si no
- 7) Sente? si no

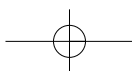


- 43) Souffrez-vous de maux de tête? oui non
- 44) Avez-vous des crises: a) d'anxiété oui non
 b) de dépression oui non
 c) de changements d'humeur oui non
- 45) Avez-vous subi: a) des interventions chirurgicales oui non
 b) vez-vous été hospitalisé oui non
- 46) Quand et dans quel hôpital?
- 47) Avez-vous subi: a) des traumatismes oui non
 b) des accidents de la route oui non
 c) avez-vous été blessé oui non
 d) vous a-t-on donné des points de suture oui non
- 48) Avez-vous été: a) plâtré oui non
 b) immobilisé oui non
- 49) Avez-vous des difficultés: a) à bouger oui non
 b) marcher oui non
 c) maintenir l'équilibre oui non
- 50) Avez-vous des difficultés: a) à parler oui non
 b) prononcer les mots oui non
 c) comprendre ce que l'on vous dit oui non
- 51) Avez-vous des troubles de mémoire? oui non
- 52) Avez-vous remarqué des membres? a) enflures oui non
 b) douleurs oui non
 c) pâleur oui non
 d) cyanose oui non
- 53) Avez-vous des difficultés: a) à respirer au repos oui non
 b) pendant que vous marchez oui non
 c) pendant que vous courez oui non
 d) pendant que vous montez des escaliers oui non
- 54) Combien de coussins utilisez-vous lorsque vous dormez?
- 55) Avez-vous eu des rapports sexuels: a) occasionnels oui non
 b) homosexuels oui non
- 56) Avez-vous subi une transplantation d'organe? oui non
- 57) Etes-vous porteur d'un handicap psychophysique, sensoriel? oui non
- 58) Les personnes qui vivent avec vous ont/ont eu les mêmes symptômes? oui non



8. VISITE MEDICALE

- 1) a) Déshabillez-vous/ b) rhabillez-vous
- 2) Mettez-vous sur le lit a) assis/ b) allongé/ c) sur le dos/ d) sur le ventre/
 e) sur le côté droit/ f) sur le côté gauche/ g) debout
- 3) Je vous mesure a) la tension/ b) le pouls/ c) la fièvre
- 4) a) Ouvrez/ b) fermez la bouche
- 5) a) Respirez/ b) Ne respirez pas/ c) Toussez/ d) Relâchez votre ventre
- 6) Ça vous fait mal? oui non
- 7) Vous sentez? oui non



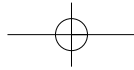
- 8) Non sente? si no
- 9) Stringa la mia mano
- 10) Mantenga sollevata a) la gamba/ b) il braccio
- 11) Chiuda gli occhi
- 12) Cammini 7 passi a) avanti/ b) indietro
- 13) A casa misuri a) la temperatura/ b) la pressione
- 14) Torni al controllo il giorno

9. RICHIESTA DI ESAMI DEL SANGUE/STRUMENTALI

- 1) Le è stata concessa qualche esenzione per patologia o per reddito? si no
- 2) Ha una pensione di invalidità? si no
- 3) Ha un'esenzione per invalidità civile? si no
- 4) Ha un'assicurazione? si no
- 5) Deve fare degli esami a) del sangue/ b) delle urine/ c) delle feci
- 6) Deve fare una a) radiografia/ b) ecografia/ c) TAC/ d) RMN/ e) elettrocardiogramma/ f) ecocardiogramma/ g) ecocolordoppler/ h) gastroscopia/ i) colonscopia
- 7) Deve prenotare una visita specialistica/ a) infettivologica/ b) cardiologica/ c) ortopedica/ d) neurologica/ e) ginecologica/ f) dermatologica/ g) otorinolaringoiatrica/ h) chirurgica/ i) pediatrica/ l) oculistica/ m) odontoiatrica/ n) ematologica/ o) urologica
- 8) Prenoti una a) prima visita/ b) visita di controllo/ c) visita urgente presso
- 9) Deve andare in pronto soccorso
- 10) Deve essere ricoverato in ospedale
- 11) Deve fare a) terapia riabilitativa/ b) terapia fisica (c) ionoforesi/ d) massaggi/ e) tens/ f) trazioni/ g) infiltrazioni)

10. FARMACI/VACCINI

- 1) Usa abitualmente farmaci? si no
- 2) Quali?
- 3) Per quale malattia?
- 4) Da quanto tempo ha sospeso le medicine?
- 5) Ha una lista completa dei farmaci che usa? si no
- 6) È in terapia: a) anticoagulante si no
b) chemioterapica si no
- 7) Fa uso di prodotti omeopatici o erbe medicinali? si no
- 8) Quali?
- 9) Da quanto tempo?
- 10) Si è sottoposto a qualche vaccinazione? si no
- 11) Quando?
- 12) Quale?
- 13) Ha mai avuto reazioni allergiche da farmaci? si no



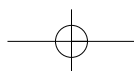
- 8) Vous ne sentez-pas? oui non
- 9) Serrez ma main
- 10) Maintenez soulevée a) la jambe/ b) le bras
- 11) Fermez les yeux
- 12) Faites 7 pas a) en avant/ b) en arrière
- 13) A la maison mesurez a) la fièvre/ b) la tension
- 14) Retournez pour un contrôle le

9. DEMANDE D'EXAMENS DU SANG/INSTRUMENTAUX

- 1) Une exemption médicale pour une pathologie ou pour vos revenus vous a-t-elle été accordée? oui non
- 2) Touchez-vous une pension d'invalidité? oui non
- 3) Avez-vous un exemption pour invalidité civile? oui non
- 4) Avez-vous une assurance? oui non
- 5) Vous devez faire des examens a) du sang/ b) des urines/ c) des selles
- 6) Vous devez faire une a) radiographie/ b) échographie/ c) scanner/ IRM résonance magnétique/ d) électrocardiogramme/ e) échodoppler/ f) Echodoppler couleur/ g) gastroscopie/ h) colonoscopie
- 7) Vous devez prendre rendez-vous chez un spécialiste en a) infectiologie/ b) cardiologie/ c) orthopédie/ d) neurologie/ e) gynécologie/ f) dermatologie/ g) oto-rhino-laryngologie/ h) chirurgie/ i) pédiatrie/ l) ophtalmologie/ m) odontologie/ n) hématologie/ o) urologie
- 8) Prenez rendez-vous pour une a) première visite/ b) visite de contrôle/ c) visite urgente chez
- 9) Vous devez aller aux urgences
- 10) Vous devez être hospitalisé
- 11) Vous devez faire une a) thérapie de rééducation/ b) thérapie physique (c) ionophorèse/ d) massages/ e) TENS/ f) tractions/ g) infiltrations)

10. MEDICAMENTS/ VACCINS

- 1) Prenez-vous habituellement des médicaments? oui non
- 2) Lesquels?
- 3) Pour quelle maladie?
- 4) Depuis combien de temps ne prenez-vous plus de médicaments?
- 5) Avez-vous une liste complète des médicaments que vous prenez? oui non
- 6) C'est une thérapie: a) anti-coagulante oui non
b) chimiothérapie oui non
- 7) Utilisez-vous des produits homéopathiques ou des herbes médicinales? oui non
- 8) Lesquelles?
- 9) Depuis combien de temps?
- 10) Avez-vous été vacciné? oui non
- 11) Quand?
- 12) Quelle vaccination?
- 13) Avez-vous eu des réactions allergiques provoquées par des médicaments? oui non



- 14) Per quali farmaci?
- 15) Quando?

11. PRESCRIZIONI TERAPEUTICHE

Le prescrivo di:

- 1) assumere per bocca a) compresse/ b) pastiglie/ c) gocce/ d) capsule/
e) cucchiari di sciroppo
- 2) fare sciacqui con
- 3) fare impacchi con
- 4) fare bagni con
- 5) fare a) aerosol/ b) inalazioni con
- 6) fare iniezioni a) intramuscolo/ b) endovena/ c) sottocute
- 7) fare sciogliere a) compresse effervescenti/ b) bustine/ c) fiale/ d) polvere
- 8) applicare – spalmare a) crema/ b) pomata/ c) tintura/ d) soluzione
- 9) introdurre a) supposta/ b) candeletta vaginale/ c) ovulo vaginale

Il farmaco deve essere somministrato:

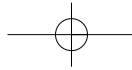
- 10) a) ogni giorno/ b) a giorni alterni/ c) una volta - d) due volte - alla settimana/
e) al bisogno
- 11) a) alla mattina/ b) alla sera/ c) al pomeriggio/ d) alla stessa ora/
e) mattina e sera
- 12) mattina, pomeriggio e sera
- 13) a) prima di/ b) dopo/ c) a stomaco pieno/ d) a digiuno
- 14) a) per ... giorni/ b) per ... settimane/ c) per ... mesi/ d) per sempre

Per questa ricetta in farmacia:

- a) non pagherà nulla
- b) pagherà un ticket
- c) pagherà il prezzo intero

12. CERTIFICATI

- 1) Le compilo un certificato:
 - a) di buona salute
 - b) assicurativo
 - c) per indennità di malattia
 - d) per attività sportiva
 - e) per infortunio sul lavoro e1) primo/
e2) continuativo/ e3) di chiusura



- 14) Quels médicaments?
15) Quand?

11. PRESCRIPTIONS THERAPEUTIQUES

Je vous prescris de:

- 1) prendre par voie orale a) des comprimés/ b) des pastilles/ c) des gouttes/
d) des capsules/ e) des cuillerées de sirop
- 2) faire des bains de bouche avec
- 3) faire des compresses avec
- 4) faire des bains avec
- 5) faire des a) aérosols/ b) inhalations avec
- 6) faire des piqûres a) intramusculaires/ b) intraveineuses/ c) sous-cutanées
- 7) dissoudre a) les comprimés effervescents/ b) les sachets/ c) les ampoules/
d) la poudre
- 8) appliquer - étaler a) la crème/ b) la pommade/ c) la teinture/ d) la solution
- 9) introduire a) un suppositoire/ b) une capsule vaginale/ c) un ovule vaginal

Le médicament doit être administré:

- 10) a) tous les jours/ b) à jours alternes/ c) une fois – deux fois – par semaine/
d) selon besoin
- 11) a) le matin/ b) le soir/ c) l'après-midi/ d) à la même heure/ e) matin et soir
- 12) matin, après-midi et soir
- 13) a) avant de/ b) après/ c) après avoir mangé/ d) à jeun
- 14) pendant jours/ pendantsemaines/ pendant mois/ toujours

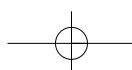
Présentez cette ordonnance à la pharmacie:

- a) vous ne payerez rien
- b) vous payerez un ticket modérateur
- c) vous payerez la totalité du prix

12. CERTIFICATS

1) Je vous rédige un certificat:

- a) de bonne santé
- b) pour l'assurance
- c) pour demander l'indemnité maladie
- d) pour activité sportive
- e) pour accident du travail/ e1) premier/
e2) continu/ e3) définitif



Dottore ho dolore alla testa	Docteur, j'ai mal à la tête
Dottore mi bruciano gli occhi	Docteur, j'ai les yeux qui brûlent
Dottore ho dolore alla gola	Docteur, j'ai mal à la gorge
Dottore ho dolore ai denti	Docteur, j'ai mal aux dents
Dottore ho mal d'orecchio	Docteur, j'ai mal aux oreilles
Dottore ho il raffreddore	Docteur, je suis enrhumé
Dottore mi esce sangue dal naso	Docteur, je saigne du nez
Dottore ho la febbre	Docteur, j'ai de la fièvre
Dottore ho la tosse, vorrei uno sciroppo	Docteur, je tousse, je voudrais un sirop
Dottore ho le vertigini	Docteur, j'ai des vertiges
Dottore ho mal di stomaco	Docteur, j'ai mal à l'estomac
Dottore ho la diarrea	Docteur, j'ai la diarrhée
Dottore ho mal di pancia	Docteur, j'ai mal au ventre
Dottore ho dolore a) alla schiena/ b) al braccio/ c) alla mano/ d) al piede/ e) al ginocchio/ f) alla caviglia	Docteur, j'ai mal a) au dos/ b) au bras/ c) à la main/ d) au pied/ e) au genou/ f) à la cheville
Dottore mi sono ustionato	Docteur, je me suis brûlé
Dottore mi sono scottato al sole	Docteur, j'ai pris un coup de soleil
Dottore ho rotto la dentiera	Docteur, j'ai cassé mon dentier
Dottore ho bisogno di un antinevralgico	Docteur, j'ai besoin d'un antinévralgique
Dottore ho il naso chiuso	Docteur, j'ai le nez bouché
Dottore vorrei un lassativo	Docteur, je voudrais un laxatif
Dottore vorrei un collirio	Docteur, je voudrais un collyre
Dottore vorrei qualcosa per i dolori mestruali	Docteur, je voudrais quelque chose pour les douleurs menstruelles
Dottore soffro di mal a) d'auto/ b) aereo	Docteur, j'ai mal au cœur a) en voiture/ b) en avion
Dottore come si prende questo medicinale?	Docteur, comment prend-t-on ce médicament?
Dottore quante volte al giorno?	Docteur, combien de fois par jour?
Dottore ho una puntura di insetto	Docteur, un insecte m'a piqué
Dottore ho le vene varicose, vorrei una pomata	Docteur, j'ai des varices, je voudrais une pommade
Dottore vorrei qualcosa contro le zanzare	Docteur, je voudrais un produit contre les moustiques
Dottore vorrei provare la pressione arteriosa	Docteur, je voudrais mesurer ma tension (artérielle)
Dottore ho bisogno a) del cotone idrofilo/ b) delle garze/ c) di bende	Docteur, j'ai besoin a) de coton hydrophile/ b) de gazes/ c) de bandes
Dottore ho bisogno di un cerotto	Docteur, j'ai besoin d'un sparadrap
Dottore ho bisogno di un disinfettante	Docteur, j'ai besoin d'un désinfectant
Dottore ho bisogno di un termometro	Docteur, j'ai besoin d'un thermomètre
Dottore vorrei una siringa	Docteur, je voudrais une seringue
Dottore ho bisogno di un pacco di assorbenti igienici	Docteur, j'ai besoin de serviettes hygiéniques
Dottore ho bisogno di un pacco di pannolini per bambini	Docteur, j'ai besoin d'un paquet de couches pour bébés
Dottore vorrei scegliere degli omogeneizzati	Docteur, je voudrais choisir des petits pots homogénéisés
Dottore ho bisogno di un dentifricio	Docteur, j'ai besoin d'un dentifrice
Dottore ho bisogno di un collutorio	Docteur, j'ai besoin d'un collutoire
Dottore vorrei un prodotto omeopatico	Docteur, je voudrais un produit homéopathique
Dottore vorrei una pillola anticoncezionale	Docteur, je voudrais une pilule anticonceptionnelle
Dottore vorrei un antibiotico	Docteur, je voudrais un antibiotique

Antibiotico	Antibiotique
Analgesico/antidolorifico	Analgésique/antidouleur
Antiparassitario	Antiparasitaire
Assorbenti	Serviettes hygiéniques
Biopsia	Biopsie
Bustine	Sachets
Cerotto	Sparadrap
Collutorio	Collutoire
Colonscopia	Coloscopie
Compresse	Comprimés
Crema	Crème
Dentifricio	Dentifrice
Diabete	Diabète
Disinfettante	Désinfectant
Ecografia	Ecographie
Febbre	Fièvre
Garza	Gaze
Gastroscofia	Gastroscopie
Granulato	Granulé
Ipertensione	Hypertension
Lassativo	Laxatif
Lavanda ginecologica	Injection vaginale
Lozione	Lotion
Mammografia	Mammographie
Ovuli	Ovules
Pap-test	Frottis
Pomata	Pommade
Prelievo del sangue	Prise de sang
Radiografia	Radiographie
Sedativo	Sédatif
Sciroppo	Sirop
Siringa	Seringue
Supposta	Suppositoire
Spazzolino	Brosse (à dents)
Termometro	Thermomètre
Test di gravidanza	Test de grossesse
Tisana	Tisane
Vaccinazione	Vaccination
Vaccino	Vaccin

INGLESE

Guida sanitaria multilingue

per i cittadini e gli operatori sanitari

Guida all'anamnesi ed alla terapia

**SEZIONE PER IL MEDICO, FARMACISTA
OPERATORE SANITARIO**

1. PAESI D'ORIGINE - VIAGGI

- 1) Qual è il suo Paese d'origine?
- 2) Parla e capisce:
- | | | |
|-------------|-----------------------------|-----------------------------|
| a) italiano | <input type="checkbox"/> si | <input type="checkbox"/> no |
| b) inglese | <input type="checkbox"/> si | <input type="checkbox"/> no |
| c) francese | <input type="checkbox"/> si | <input type="checkbox"/> no |
- 3) Qual è stato l'ultimo Paese da lei visitato?

2. CONDIZIONI AMBIENTALI-ABITATIVE

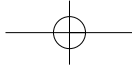
- 1) Dove vive?
- | | | |
|-------------------------------|-----------------------------|-----------------------------|
| a) In un appartamento | <input type="checkbox"/> si | <input type="checkbox"/> no |
| b) in uno stabile abbandonato | <input type="checkbox"/> si | <input type="checkbox"/> no |
| c) all'addiaccio | <input type="checkbox"/> si | <input type="checkbox"/> no |
- 2) Convive con altre persone?
- | | |
|-----------------------------|-----------------------------|
| <input type="checkbox"/> si | <input type="checkbox"/> no |
|-----------------------------|-----------------------------|
- 3) Nella sua abitazione c'è:
- | | | |
|-------------------|-----------------------------|-----------------------------|
| a) acqua corrente | <input type="checkbox"/> si | <input type="checkbox"/> no |
| b) riscaldamento | <input type="checkbox"/> si | <input type="checkbox"/> no |
| c) bagno | <input type="checkbox"/> si | <input type="checkbox"/> no |
- 4) Nella sua abitazione ci sono animali domestici?
- | | |
|-----------------------------|-----------------------------|
| <input type="checkbox"/> si | <input type="checkbox"/> no |
|-----------------------------|-----------------------------|
- 5) Vive in:
- | | | |
|-------------|-----------------------------|-----------------------------|
| a) campagna | <input type="checkbox"/> si | <input type="checkbox"/> no |
| b) città | <input type="checkbox"/> si | <input type="checkbox"/> no |

3. DIETA

- 1) Consuma bevande alcoliche? si no
- 2) Quanti bicchieri al giorno?
- 3) Ha mangiato alimenti crudi? si no
- 4) Ha bevuto acqua non imbottigliata? si no
- 5) Ha bevuto latte fresco non confezionato? si no

4. PROFESSIONE/TEMPO LIBERO

- 1) Che lavoro svolge? a) Agricoltore/ b) muratore/ c) operaio di industria alimentare/ d) di industria tessile/ e) di industria meccanica/ f) tipografo/ g) idraulico/ h) impiegato/ i) casalinga/ l) badante/ m) imbianchino/ n) dirigente/ o) libero professionista/ p) commerciante
- 2) Il suo lavoro implica contatti con sostanze chimiche si no
- 3) Prima dell'attuale, ha svolto altri lavori? Quali?
- 4) Lavora:
- | | | |
|-----------------------|-----------------------------|-----------------------------|
| a) all'aperto | <input type="checkbox"/> si | <input type="checkbox"/> no |
| b) in ambiente chiuso | <input type="checkbox"/> si | <input type="checkbox"/> no |

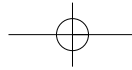


5. ANAMNESI FAMILIARE - FISIOLOGICA

- 1) È sposato? sì no
- 2) Convivente con un partner? sì no
- 3) Ha figli? sì no
- 4) Quanti?
- 5) Di che età?
- 6) I suoi familiari soffrono di malattie importanti, quali a) diabete/ b) ipertensione arteriosa/ c) malattie cardiache/ d) malattie genetiche/ e) allergie/ f) tumori/ g) tubercolosi/ h) infezione da HIV/ i) epatiti/ l) lebbra?
- 7) Fa uso o ha fatto uso di sostanze stupefacenti? sì no

6. ANAMNESI GINECOLOGICA

- 1) A quanti anni ha avuto le prime mestruazioni?
- 2) Ha avuto gravidanze: a) normali sì no
b) complicate sì no
c) aborti sì no
- 3) Ritiene di essere in gravidanza? sì no
- 4) Data delle ultime mestruazioni
- Gennaio
- Febbraio
- Marzo
- Aprile
- Maggio
- Giugno
- Luglio
- Agosto
- Settembre 1 - 7
- Ottobre 8 - 14
- Novembre 15 - 21
- Dicembre 22 - 31
- 5) È in menopausa? sì no
- 6) Da quanti anni?
- 7) Ha dolori mestruali? sì no
- 8) Ha perdite intermestruali? sì no
- 9) Ha prurito vaginale? sì no
- 10) Ha dolore durante i rapporti sessuali? sì no
- 11) Sta allattando? sì no
- 12) Prende la pillola? sì no
- 13) Assume farmaci per la menopausa? sì no
- 14) Le è stata posizionata una spirale (IUD)? sì no
- 15) Ha fatto un pap test? sì no
- 16) Quando?
- 17) Ha fatto una mammografia? sì no
- 18) Quando?

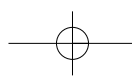
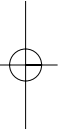
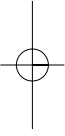


5. FAMILY ANAMNESIS - PHYSIOLOGICAL

- 1) Are you married? yes no
- 2) Do you live with a partner? yes no
- 3) Do you have any children? yes no
- 4) How many?
- 5) How old are they?
- 6) Does anyone in your family suffer from significant illnesses such as
 - a) diabetes/ b) arterial hypertension/ c) heart disease/ d) genetic diseases/
 - e) allergies/ f) cancer/ g) tuberculosis/ h) HIV infections/ i) hepatitis/ l) leprosy?
- 7) Do you or have you used drugs? yes no

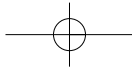
7. GYNAECOLOGICAL ANAMNESIS

- 1) How old were you when you had your first period?
- 2) Were your pregnancies been:
 - a) normal yes no
 - b) complicated yes no
 - c) abortions yes no
- 3) Do you think you are pregnant? yes no
- 4) When was your last period
 - January
 - February
 - March
 - April
 - May
 - June
 - July
 - August
 - September 1 - 7
 - October 8 - 14
 - November 15 - 21
 - December 22 - 31
- 5) Are you in menopause? yes no
- 6) How many years?
- 7) Do you have period pains? yes no
- 8) Do you have blood loss between periods? yes no
- 9) Do you have vaginal itching? yes no
- 10) Is sexual intercourse painful? yes no
- 11) Are you breast feeding? yes no
- 12) Are you on the pill? yes no
- 13) Do you take menopause medicine? yes no
- 14) Are you wearing a spiral (IUD)? yes no
- 15) Have you ever done a pap test? yes no
- 16) When?
- 17) Have you ever done a mammography? yes no
- 18) When?



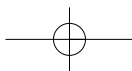
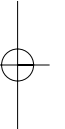
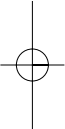
7. ANAMNESI PATOLOGICA/INTERVISTA AL PAZIENTE

- 1) Ha con se documentazione medica di a) visite/ b) ricoveri/ c) interventi chirurgici/ d) esami del sangue/ e) esami strumentali?
- 2) Ha subito: a) interventi chirurgici si no
 b) infortuni sul lavoro si no
 c) infortuni a domicilio si no
- 3) Da bambino ha avuto: a) la varicella si no
 b) il morbillo si no
 c) la rosolia si no
 d) gli orecchioni si no
 e) la scarlattina si no
 f) il reumatismo articolare acuto si no
- 4) Soffre di: a) asma si no
 b) malattie allergiche b1) respiratorie/
 b2) alimentari/ b3) della pelle?
- 5) Ha contratto: a) la tubercolosi si no
 b) l'epatite si no
 c) l'infezione da HIV si no
 d) la lebbra si no
- 6) Ha mai avuto tumori? si no
- 7) Ha mai fatto radioterapia o chemioterapia? si no
- 8) Ha mai ricevuto trasfusioni di sangue? si no
- 9) Se si, dove e quando è stato trasfuso?
- 10) Soffre di malattie del sangue? si no
- 11) Soffre di emofilia? si no
- 12) Perde sangue con: a) le feci si no
 b) urine si no
 c) dal naso si no
 d) dai genitali si no
 e) mentre tossisce si no
- 13) Ha il diabete? si no
- 14) Soffre di malattie: a) della tiroide si no
 b) del surrene si no
 c) dell'ipofisi si no
- 15) Soffre di malattie del rene? si no
- 16) È in dialisi? si no
- 17) Soffre di malattie: a) dello stomaco si no
 b) del fegato si no
 c) dell'intestino si no
- 18) Soffre di malattie croniche respiratorie? si no
- 19) Ha la pressione: a) alta si no
 b) bassa si no
- 20) Soffre di malattie del cuore? dei vasi sanguigni?
 a) infarto si no
 b) angina si no

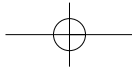


7. PATHOLOGICAL ANAMNESIS/PATIENT INTERVIEW

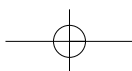
- 1) Do you have medical documents about a) check-ups/ b) hospital admissions/ c) surgery/ d) blood tests/ e) instrumental exams?
- 2) Have you had: a) surgery yes no
 b) accidents at work yes no
 c) accidents at home yes no
- 3) When you were a child did you have: a) chicken pox yes no
 b) measles yes no
 c) German measles yes no
 d) mump yes no
 e) scarlet fever yes no
 f) acute articular rheumatism yes no
- 4) Do you suffer from: a) asthma yes no
 b) allergic b1) respiratory/
 b2) food/ b3) skin illnesses
- 5) Have you ever had: a) tuberculosis yes no
 b) hepatitis yes no
 c) HIV infection yes no
 d) leprosy yes no
- 6) Have you ever had cancer? yes no
- 7) Have you ever had radiotherapy or chemotherapy? yes no
- 8) Have you ever had a blood transfusion? yes no
- 9) If so, where and when?
- 10) Do you suffer from blood diseases? yes no
- 11) Do you suffer from haemophilia? yes no
- 12) Do you lose blood: a) with your faeces yes no
 b) with your urine yes no
 c) from your nose yes no
 d) from your genitals yes no
 e) when you cough yes no
- 13) Do you have diabetes? yes no
- 14) Do you suffer from diseases of the: a) thyroid yes no
 b) suprarenal gland yes no
 c) hypophysis yes no
- 15) Do you suffer from kidney diseases? yes no
- 16) Are you under dialysis? yes no
- 17) Do you suffer from diseases of the: a) stomach yes no
 b) liver yes no
 c) intestine yes no
- 18) Do you suffer from chronic respiratory diseases? yes no
- 19) Is your pressure: a) high yes no
 b) low yes no
- 20) Do you suffer from heart diseases? blood vessel diseases?
 a) heart attack yes no
 b) angina yes no



- 21) È portatore di:
- c) aritmia si no
 - a) protesi valvolari si no
 - b) pacemaker si no
 - c) defibrillatore si no
- 22) Ha disturbi intestinali?
- a) diarrea si no
 - b) stitichezza si no
- 23) Ha:
- a) dolori addominali si no
 - b) nausea si no
 - c) vomito si no
- 24) Ha quando urina:
- a) bruciore si no
 - b) dolore si no
 - c) difficoltà si no
- 25) Ha disturbi dell'erezione?
- 26) Deglutisce con difficoltà?
- 27) Rigurgita il cibo?
- 28) È recentemente:
- a) diminuito si no
 - b) aumentato di peso si no
- 29) Quanto e in quanto tempo?
- 30) Ha febbre? si no
- 31) Quanta?
- 32) Quando?
- 33) Ha notato a) ingrossamento/ b) dolore delle ghiandole?
- c) collo si no
 - d) inguine si no
 - e) ascelle si no
- 34) Si sente stanco?
- 35) Soffre o ha sofferto di qualche malattia della pelle?
- 36) Ha sulla pelle:
- a) prurito si no
 - b) bruciore si no
- 37) Dove è localizzato?
- 38) Ha disturbi della:
- a) vista si no
 - b) udito si no
- 39) Soffre di:
- a) mal di denti si no
 - b) di gola si no
- 40) Ha:
- a) dolore al torace si no
 - b) tosse si no
 - c) catarro si no
- 41) Ha dolori:
- a) articolari si no
 - b) muscolari si no
- 42) Localizzati dove?
- 43) Soffre di mal di testa?
- 44) Soffre di:
- a) ansia si no
 - b) depressione si no
 - c) variazioni dell'umore si no



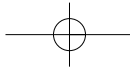
- 21) Do you have any: c) arrhythmia yes no
a) valvular prostheses yes no
b) pacemaker yes no
c) defibrillator yes no
- 22) Do you have intestinal problems: a) diarrhoea yes no
b) constipation yes no
- 23) Do you suffer from: a) stomach pain yes no
b) nausea yes no
c) vomiting yes no
- 24) Do you have when urinating: a) soreness yes no
b) pain yes no
c) difficulty yes no
- 25) Do you have erectile problems? yes no
- 26) Do you have difficulty in swallowing? yes no
- 27) Do you regurgitate food? yes no
- 28) Have you recently: a) gained yes no
b) lost weight yes no
- 29) How much and over what period of time?
- 30) Do you have temperatures? yes no
- 31) How high?
- 32) When?
- 33) Have you noticed a) swelling/ b) pain in the glands?
c) neck yes no
d) groin yes no
e) armpits yes no
- 34) Do you feel tired? yes no
- 35) Do you suffer from or have you suffered from a skin disease? yes no
- 36) Is your skin: a) itchy yes no
b) sore yes no
- 37) If so, where?
- 38) Do you have problems with your: a) sight yes no
b) hearing yes no
- 39) Do you suffer from: a) toothache yes no
b) sore throat yes no
- 40) Do you suffer from: a) pain in the chest yes no
b) coughing yes no
c) catarrh yes no
- 41) Do you have pain in the: a) joints yes no
b) muscles yes no
- 42) If so, where?
- 43) Do you suffer from headaches? yes no
- 44) Do you suffer from: a) anxiety yes no
b) depression yes no
c) changes in mood yes no



- 45) Ha subito: a) interventi chirurgici si no
b) ricoveri in ospedale si no
- 46) Quando e in quale ospedale?
- 47) Ha subito: a) traumi si no
b) incidenti stradali si no
c) è stato ferito si no
d) le sono stati dati punti di sutura si no
- 48) È stato: a) ingessato si no
b) immobilizzato si no
- 49) Ha difficoltà: a) a muoversi si no
b) a camminare si no
c) mantenere l'equilibrio si no
- 50) Ha difficoltà: a) a parlare si no
b) pronunciare le parole si no
c) capire quello che le viene detto si no
- 51) Ha disturbi della memoria? si no
- 52) Ha notato agli arti: a) gonfiore si no
b) dolore si no
c) pallore si no
d) cianosi si no
- 53) Ha difficoltà: a) a respirare a riposo si no
b) mentre cammina si no
c) mentre corre si no
d) mentre sale le scale si no
- 54) Quanti cuscini usa quando dorme?
- 55) Ha avuto rapporti sessuali: a) occasionali si no
b) omosessuali si no
- 56) È stato sottoposto a trapianto di organo? si no
- 57) È portatore di handicap fisico psichico, sensoriale? si no
- 58) Le persone che vivono con lei hanno o hanno avuto gli stessi sintomi? si no

8. VISITA MEDICA

- 1) a) Si spogli/ b) si vesta
- 2) Si metta sul lettino a) seduto/ b) sdraiato/ c) supino/ d) prono/
e) sul fianco destro/ f) sul fianco sinistro/ g) in piedi
- 3) Le misuro a) la pressione/ b) il polso/ c) la febbre
- 4) a) Apra/ b) chiuda la bocca
- 5) a) Respiri/ b) non respiri/ c) tossisca / d) lasci la pancia morbida
- 6) Fa male? si no
- 7) Sente? si no
- 8) Non sente? si no
- 9) Stringa la mia mano



- 45) Have you: a) had surgery yes no
 b) been admitted to hospital yes no
- 46) When and in which hospital?
- 47) Have you: a) had traumas yes no
 b) been involved in a road accident yes no
 c) been injured yes no
 d) been given stitches yes no
- 48) Have you been: a) put into plaster yes no
 b) immobilised yes no
- 49) Do you have difficulty: a) in moving yes no
 b) in walking yes no
 c) in keeping your balance yes no
- 50) Do you have difficulty: a) in speaking yes no
 b) pronouncing words yes no
 c) understanding what people are saying to you yes no
- 51) Do you have memory problems? yes no
- 52) Have you noticed in your limbs: a) swelling yes no
 b) pain yes no
 c) paleness yes no
 d) cyanosis yes no
- 53) Do you have difficulty: a) in breathing while you are resting yes no
 b) walking yes no
 c) running yes no
 d) going upstairs yes no
- 54) How many pillows do you use when you sleep?
- 55) Have you had: a) casual sexual intercourse yes no
 b) same sex intercourse yes no
- 56) Have you ever had a transplant? yes no
- 57) Do you have a physical, mental, sensorial handicap? yes no
- 58) Do the people living with you have or have had your very same symptoms? yes no

8. MEDICAL CHECK-UP

- 1) Please a) get undressed/ b) Please get dressed
- 2) Please sit a) on the bed/ b) lie on the bed on your front/ c) back/ d) right side/ e) left side/ f) stand up
- 3) I will now measure a) your blood pressure/ b) feel your pulse/ c) take your temperature
- 4) a) Open/ b) close your mouth
- 5) a) Breathe/ b) Don't breathe/ c) Cough/ d) Relax your stomach
- 6) Does that hurt? yes no
- 7) Can you feel that? yes no
- 8) Can't you feel that? yes no
- 9) Grip my hand

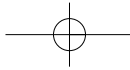
- 10) Mantenga sollevata a) la gamba/ b) il braccio
- 11) Chiuda gli occhi
- 12) Cammini 7 passi a) avanti/ b) indietro
- 13) A casa misuri a) la temperatura/ b) la pressione
- 14) Torni al controllo il giorno

9. RICHIESTA DI ESAMI DEL SANGUE/STRUMENTALI

- 1) Le è stata concessa qualche esenzione per patologia o per reddito? si no
- 2) Ha una pensione di invalidità? si no
- 3) Ha un'esenzione per invalidità civile? si no
- 4) Ha un'assicurazione? si no
- 5) Deve fare degli esami a) del sangue/ b) delle urine/ c) delle feci
- 6) Deve fare una a) radiografia/ b) ecografia/ c) TAC/ d) RMN/ e) elettrocardiogramma/ f) ecocardiogramma/ g) ecocolordoppler/ h) gastroscopia/ i) colonscopia
- 7) Deve prenotare una visita specialistica/ a) infettivologica/ b) cardiologica/ c) ortopedica/ d) neurologica/ e) ginecologica/ f) dermatologica/ g) otorinolaringoiatrica/ h) chirurgica/ i) pediatrica/ l) oculistica/ m) odontoiatrica/ n) ematologica/ o) urologica
- 8) Prenoti una a) prima visita/ b) visita di controllo/ c) visita urgente presso
- 9) Deve andare in pronto soccorso
- 10) Deve essere ricoverato in ospedale
- 11) Deve fare a) terapia riabilitativa/ b) terapia fisica (c) ionoforesi/ d) massaggi/ e) tens/ f) trazioni/ g) infiltrazioni)

10. FARMACI/VACCINI

- 1) Usa abitualmente farmaci? si no
- 2) Quali?
- 3) Per quale malattia?
- 4) Da quanto tempo ha sospeso le medicine?
- 5) Ha una lista completa dei farmaci che usa? si no
- 6) È in terapia: a) anticoagulante si no
b) chemioterapica si no
- 7) Fa uso di prodotti omeopatici o erbe medicinali? si no
- 8) Quali?
- 9) Da quanto tempo?
- 10) Si è sottoposto a qualche vaccinazione? si no
- 11) Quando?
- 12) Quale?
- 13) Ha mai avuto reazioni allergiche da farmaci? si no
- 14) Per quali farmaci?
- 15) Quando?



- 10) Lift up your a) leg/ b) arm
- 11) Close your eyes
- 12) Walk 7 steps a) forward/ b) backward
- 13) a) Take your temperature/ b) measure your pressure at home
- 14) Please come back for a check-up on

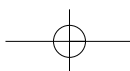
9. REQUEST FOR BLOOD TESTS/INSTRUMENTAL TESTS

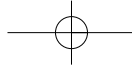
- 1) Do you have payment exemption for income or medical reasons? yes no
- 2) Do you have an invalidity pension? yes no
- 3) Do you have payment exemption for invalidity? yes no
- 4) Are you insured? yes no
- 5) You must have your a) blood/ b) urine/ c) faeces tested
- 6) You must have an a) X-ray/ b) echograph/ c) CAT/NMR/ d) electrocardiogram/ e) echocardiogram/ f) echo-colour Doppler/ g) gastroscopy/ h) colonoscopy
- 7) You must book an appointment with an a) infectivologist/ b) cardiologist/ c) orthopaedist/ d) neurologist/ e) gynaecologist/ f) dermatologist/ g) otolaryngologist/ h) surgeon/ i) paediatrician/ l) oculist/ m) dentist/ n) haematologist/ o) urologist
- 8) Book an a) initial appointment/ b) follow-up appointment/ c) urgent appointment at
- 9) You must go to the casualty department
- 10) You must be admitted to hospital
- 11) You must a) undergo rehabilitation/ b) physical treatment (c) ionophoresis/ d) massages/ e) tens/ f) traction/ g) infiltrations)

5

10. MEDICINES/VACCINES

- 1) Do you take medicines regularly? yes no
- 2) What?
- 3) For what problem?
- 4) How long ago did you stop taking it?
- 5) Do you have a full list of the medicine you take? yes no
- 6) Are you being given:
 - a) anticoagulation treatment yes no
 - b) chemotherapy yes no
- 7) Do you use homeopathic products or medicinal herbs? yes no
- 8) What?
- 9) How long for?
- 10) Have you been vaccinated? yes no
- 11) When?
- 12) Which?
- 13) Have you ever had an allergic reaction to medicines? yes no
- 14) Which?
- 15) When?





11. PRESCRIZIONI TERAPEUTICHE

Le prescrivo di:

- 1) assumere per bocca a) compresse/ b) pastiglie/ c) gocce/ d) capsule/
e) cucchiari di sciroppo
- 2) fare sciacqui con
- 3) fare impacchi con
- 4) fare bagni con
- 5) fare a) aerosol/ b) inalazioni con
- 6) fare iniezioni a) intramuscolo/ b) endovena/ c) sottocute
- 7) fare sciogliere a) compresse effervescenti/ b) bustine/ c) fiale/ d) polvere
- 8) applicare – spalmare a) crema/ b) pomata/ c) tintura/ d) soluzione
- 9) introdurre a) supposta/ b) candeletta vaginale/ c) ovulo vaginale

Il farmaco deve essere somministrato:

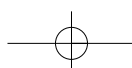
- 10) a) ogni giorno/ b) a giorni alterni/ c) una volta - d) due volte - alla settimana/
e) al bisogno
- 11) a) alla mattina/ b) alla sera/ c) al pomeriggio/ d) alla stessa ora/
e) mattina e sera
- 12) mattina, pomeriggio e sera
- 13) a) prima di/ b) dopo/ c) a stomaco pieno/ d) a digiuno
- 14) a) per ... giorni/ b) per ... settimane/ c) per ... mesi/ d) per sempre

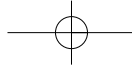
Per questa ricetta in farmacia:

- a) non pagherà nulla
- b) pagherà un ticket
- c) pagherà il prezzo intero

12. CERTIFICATI

- 1) Le compilo un certificato:
 - a) di buona salute
 - b) assicurativo
 - c) per indennità di malattia
 - d) per attività sportiva
 - e) per infortunio sul lavoro e1) primo/
e2) continuativo/ e3) di chiusura





11. TREATMENT

You must:

- 1) take a) tablets/ b) pills/ c) drops/ d) capsules/ e) spoons of syrup
- 2) gargle with
- 3) apply compresses with
- 4) have baths with
- 5) have a) aerosol b) inhalation therapy with
- 6) have a) intramuscular/ b) endovenous/ c) subcutaneous injections
- 7) dissolve a) effervescent tablets/ b) sachets/ c) vials/ d) powder
- 8) apply – rub in a) cream/ b) ointment/ c) tincture/ d) solution
- 9) take a) suppository/ b) vaginal suppository/ c) vaginal ovule

You must take the medicine:

- 10) a) every day/ b) every other day/ c) once - twice a week/
d) when necessary
- 11) a) in the morning/ b) in the evening/ c) in the afternoon/ d) at the same
time/ e) morning and evening
- 12) morning, afternoon and evening
- 13) a) before/ b) after/ c) on a full stomach/ d) on an empty stomach
- 14) a) for ... days/ b) for ... weeks/ c) for ... months/ d) for ever

Take this prescription to the chemists:

- a) you won't pay anything
- b) you will pay a prescription charge
- c) you will pay the full price

5

12. CERTIFICATES

1) I will give you:

- a) a certificate of good health
- b) an insurance certificate
- c) a certificate for sickness benefit
- d) a certificate of fitness to play sport
- e) e1) an initial/ e2) progress/
e3) final occupational accident certificate

Dottore ho dolore alla testa	I've got a headache
Dottore mi bruciano gli occhi	My eyes sting
Dottore ho dolore alla gola	I've got a sore throat
Dottore ho dolore ai denti	I've got toothache
Dottore ho mal d'orecchio	I've got earache
Dottore ho il raffreddore	I've got a cold
Dottore mi esce sangue dal naso	I've got a nosebleed
Dottore ho la febbre	I've got a temperature
Dottore ho la tosse, vorrei uno sciroppo	I've got a cough, I'd like some cough syrup
Dottore ho le vertigini	I feel giddy
Dottore ho mal di stomaco	I've got stomach-ache
Dottore ho la diarrea	I've got diarrhoea
Dottore ho mal di pancia	I've got stomach-ache
Dottore ho dolore a) alla schiena/ b) al braccio/ c) alla mano/ d) al piede/ e) al ginocchio/ f) alla caviglia	My a) back/ b) arm/ c) hand/ d) foot/ e) knee/ f) ankle aches
Dottore mi sono ustionato	I've scalded myself
Dottore mi sono scottato al sole	I've got sunburn
Dottore ho rotto la dentiera	I've broken my false teeth
Dottore ho bisogno di un antinevralgico	I'd like a painkiller, please
Dottore ho il naso chiuso	My nose is blocked up
Dottore vorrei un lassativo	I'd like a laxative, please
Dottore vorrei un collirio	I'd like some eye drops, please
Dottore vorrei qualcosa per i dolori mestruali	Can you give me something for menstrual pain
Dottore soffro di mal a) d'auto/ b) aereo	I suffer from a) car/ b) air sickness
Dottore come si prende questo medicinale?	How do you take this medicine?
Dottore quante volte al giorno?	How many times a day?
Dottore ho una puntura di insetto	An insect bit me
Dottore ho le vene varicose, vorrei una pomata	I've got varicose veins. Could you give me an ointment, please
Dottore vorrei qualcosa contro le zanzare	Could you give me something for mosquito bites, please
Dottore vorrei provare la pressione arteriosa	Could you take my blood pressure, please
Dottore ho bisogno a) del cotone idrofilo/ b) delle garze/ c) di bende	I'd like some a) cotton wool/ b) gauze/ c) bandages, please
Dottore ho bisogno di un cerotto	I'd like a plaster, please
Dottore ho bisogno di un disinfettante	I'd like a disinfectant, please
Dottore ho bisogno di un termometro	I'd like a thermometer, please
Dottore vorrei una siringa	I'd like a syringe, please
Dottore ho bisogno di un pacco di assorbenti igienici	I'd like a pack of sanitary towels, please
Dottore ho bisogno di un pacco di pannolini per bambini	I'd like a pack of children's nappies, please
Dottore vorrei scegliere degli omogeneizzati	I'd like some homogenised food, please
Dottore ho bisogno di un dentifricio	I'd like some toothpaste, please
Dottore ho bisogno di un collutorio	I'd like a mouth wash, please
Dottore vorrei un prodotto omeopatico	I'd like a homeopathic product, please
Dottore vorrei una pillola anticoncezionale	I'd like a contraceptive pill, please
Dottore vorrei un antibiotico	I'd like an antibiotic, please

Antibiotico	Antibiotic
Analgesico/antidolorifico	Analgesic/painkiller
Antiparassitario	Anti-parasitic
Assorbenti	Sanitary towels
Biopsia	Biopsy
Bustine	Sachets
Cerotto	Plaster
Collutorio	Mouthwash
Colonscopia	Colonoscopy
Comprese	Tablets
Crema	Cream
Dentifricio	Toothpaste
Diabete	Diabetes
Disinfettante	Disinfectant
Ecografia	Echography
Febbre	Temperature
Garza	Gauze
Gastroscopia	Gastroscopy
Granulato	Granulate
Ipertensione	Hypertension
Lassativo	Laxative
Lavanda ginecologica	Douche
ozione	Lotion
Mammografia	Mammography
Ovuli	Ovules
Pap-test	Pap-test
omata	Ointment
Prelievo del sangue	Blood sample
Radiografia	X-ray
Sedativo	Sedative
Sciroppo	Syrup
Siringa	Syringe
Supposta	Suppositor
Spazzolino	Toothbrush
Termometro	Thermometer
Test di gravidanza	Pregnancy test
Tisana	Herb tea
Vaccinazione	Vaccination
Vaccino	Vaccine

MOLDAVO

Guida sanitaria multilingue

per i cittadini e gli operatori sanitari

Guida all'anamnesi ed alla terapia

**SEZIONE PER IL MEDICO/FARMACISTA
OPERATORE SANITRIO**

1. PAESI D'ORIGINE - VIAGGI

- 1) Qual è il suo Paese d'origine?
- 2) Parla e capisce:
- | | | |
|-------------|-----------------------------|-----------------------------|
| a) italiano | <input type="checkbox"/> si | <input type="checkbox"/> no |
| b) inglese | <input type="checkbox"/> si | <input type="checkbox"/> no |
| c) francese | <input type="checkbox"/> si | <input type="checkbox"/> no |
- 3) Qual è stato l'ultimo Paese da lei visitato?

2. CONDIZIONI AMBIENTALI-ABITATIVE

- 1) Dove vive?
- | | | |
|-------------------------------|-----------------------------|-----------------------------|
| a) In un appartamento | <input type="checkbox"/> si | <input type="checkbox"/> no |
| b) in uno stabile abbandonato | <input type="checkbox"/> si | <input type="checkbox"/> no |
| c) all'addiaccio | <input type="checkbox"/> si | <input type="checkbox"/> no |
- 2) Convive con altre persone?
- 3) Nella sua abitazione c'è:
- | | | |
|-------------------|-----------------------------|-----------------------------|
| a) acqua corrente | <input type="checkbox"/> si | <input type="checkbox"/> no |
| b) riscaldamento | <input type="checkbox"/> si | <input type="checkbox"/> no |
| c) bagno | <input type="checkbox"/> si | <input type="checkbox"/> no |
- 4) Nella sua abitazione ci sono animali domestici?
- 5) Vive in:
- | | | |
|-------------|-----------------------------|-----------------------------|
| a) campagna | <input type="checkbox"/> si | <input type="checkbox"/> no |
| b) città | <input type="checkbox"/> si | <input type="checkbox"/> no |

3. DIETA

- 1) Consuma bevande alcoliche? si no
- 2) Quanti bicchieri al giorno?
- 3) Ha mangiato alimenti crudi? si no
- 4) Ha bevuto acqua non imbottigliata? si no
- 5) Ha bevuto latte fresco non confezionato? si no

4. PROFESSIONE/TEMPO LIBERO

- 1) Che lavoro svolge? a) Agricoltore/ b) muratore/ c) operaio di industria alimentare/ d) di industria tessile/ e) di industria meccanica/ f) tipografo/ g) idraulico/ h) impiegato/ i) casalinga/ l) badante/ m) imbianchino/ n) dirigente/ o) libero professionista/ p) commerciante
- 2) Il suo lavoro implica contatti con sostanze chimiche si no
- 3) Prima dell'attuale, ha svolto altri lavori? Quali?
- 4) Lavora:
- | | | |
|-----------------------|-----------------------------|-----------------------------|
| a) all'aperto | <input type="checkbox"/> si | <input type="checkbox"/> no |
| b) in ambiente chiuso | <input type="checkbox"/> si | <input type="checkbox"/> no |

Ghid sanitar blingv pentru toti cetatenii si pentru cadrele sanitare

Ghidul anamnezei si a terapiei

SECTIA PENTRU MEDICUL, FARMACISTUL SI CADRELE SANITARE

1. TARI DE ORIGINE - CALATORII

- 1) Care este tara dv. de origine? da nu
- 2) Vorbiti si intelegeti:
- a) limba italiana da nu
- b) engleza da nu
- c) franceza da nu
- 3) Care este ultima tara vizitata de dv.?

2. CONDITII AMBIENTALE - LOCUIBILE

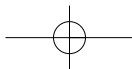
- 1) Unde locuiti?
- a) intr-un apartament da nu
- b) intr-un stabiliment abandonat da nu
- c) sub cerul liber da nu
- 2) Convietuiti cu alte persoane? da nu
- 3) In asa unde locuiti exista:
- a) apa curenta da nu
- b) incalzire da nu
- c) baie da nu
- 4) In casa unde locuiti aveti animale domestice? da nu
- 5) Locuiti:
- a) la tara da nu
- b) in oras da nu

3. ALIMENTATIA

- 1) Consumati bauturi alcoolice? da nu
- 2) Cate pahare pe zi? da nu
- 3) Ati mancat alimente crude? da nu
- 4) Ati baut apa neimbuteliata? da nu
- 5) Ati baut lapte proaspat neconfectionat? da nu

4. PROFESIA/TIMPUL LIBER

- 1) Ce activitate desfasurati? a) Agricultor/ b) zidar/ c) muncitor in industria alimentara/ d) in industria textila/ e) in industria mecanica/ f) tipografica/ g) instalator/ h) functionar/ i) casnic/a / l) ingrijitor/ m) zugrav/ n) personal de conducere/ o) liber profesionist/ p) comerciant
- 2) In activitatea pe care o desfasurati aveti contact cu substante chimice? da nu
- 3) Pana in prezent ati desfasurat si alte activitati? Care? da nu
- 4) Lucrati:
- a) in aer liber da nu
- b) intr-un ambient inchis da nu



5. ANAMNEZA FAMILIALA - FIZIOLOGICA

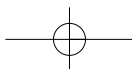
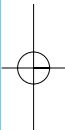
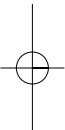
- 1) Sunteti casatorit? da nu
- 2) Convietuiti cu o alta persoana? da nu
- 3) Aveti copii? da nu
- 4) Cati?
- 5) Ce varsta au?
- 6) Aveti in familie persoane care sufera de boli importante cum ar fi: a) diabet/
b) hipertensiune arteriala/ c) boli cardiace/ d) boli genetice/ e) alergii/
f) tumori/ g) tuberculoza/ h) SIDA/ i) hepatita/ l) lepra?
- 7) Ati facut sau faceti uz de substante stupefacente? da nu

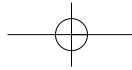
6. ANAMNEZA GINECOLOGICA

- 1) La ce varsta ati avut prima menstruatie?
- 2) Ati avut gravidante:
 - a) normale da nu
 - b) complicate da nu
 - c) avorturi? da nu
- 3) Credeti ca sunteti insarcinata? da nu
- 4) Cand ati avut ultima menstruatie?
 - ianuarie
 - februarie
 - Martie
 - Aprilie
 - Mai
 - Iunie
 - Iulie
 - August
 - Septembrie 1 - 7
 - Octombrie 8 - 14
 - Noiembrie 15 - 21
 - Decembrie 22 - 31
- 5) Sunteti in menopauza? da nu
- 6) De cati ani?
- 7) Aveti dureri menstruale? da nu
- 8) Aveti pierderi intre menstruatii? da nu
- 9) Aveti mancarimi vaginale? da nu
- 10) Aveti dureri in timpul rapoartelor sexuale? da nu
- 11) In aceasta perioada alaptati? da nu
- 12) Folositi pilule anticonceptionale? da nu
- 13) Luati medicamente pentru menopauza? da nu
- 14) Va mai fost inserit vreodata o spirala (IUD)? da nu
- 15) Ati mai facut un pap-test pana in prezent? da nu
- 16) Cand?
- 17) Ati mai facut pana in prezent o mamografie? da nu
- 18) Cand?



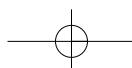
6

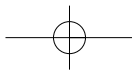




7. ANAMNESI PATOLOGICA/INTERVISTA AL PAZIENTE

- 1) Ha con se documentazione medica di a) visite/ b) ricoveri/ c) interventi chirurgici/ d) esami del sangue/ e) esami strumentali?
- 2) Ha subito: a) interventi chirurgici si no
 b) infortuni sul lavoro si no
 c) infortuni a domicilio si no
- 3) Da bambino ha avuto: a) la varicella si no
 b) il morbillo si no
 c) la rosolia si no
 d) gli orecchioni si no
 e) la scarlattina si no
 f) il reumatismo articolare acuto si no
- 4) Soffre di: a) asma si no
 b) malattie allergiche b1) respiratorie/
 b2) alimentari/ b3) della pelle?
- 5) Ha contratto: a) la tubercolosi si no
 b) l'epatite si no
 c) l'infezione da HIV si no
 d) la lebbra si no
- 6) Ha mai avuto tumori? si no
- 7) Ha mai fatto radioterapia o chemioterapia? si no
- 8) Ha mai ricevuto trasfusioni di sangue? si no
- 9) Se si, dove e quando è stato trasfuso?
- 10) Soffre di malattie del sangue? si no
- 11) Soffre di emofilia? si no
- 12) Perde sangue con: a) le feci si no
 b) urine si no
 c) dal naso si no
 d) dai genitali si no
 e) mentre tossisce si no
- 13) Ha il diabete? si no
- 14) Soffre di malattie: a) della tiroide si no
 b) del surrene si no
 c) dell'ipofisi si no
- 15) Soffre di malattie del rene? si no
- 16) È in dialisi? si no
- 17) Soffre di malattie: a) dello stomaco si no
 b) del fegato si no
 c) dell'intestino si no
- 18) Soffre di malattie croniche respiratorie? si no
- 19) Ha la pressione: a) alta si no
 b) bassa si no
- 20) Soffre di malattie del cuore? dei vasi sanguigni?
 a) infarto si no
 b) angina si no

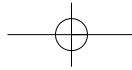




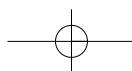
7. ANAMNEZA PATOLOGICA/ INTERVIU CU PACIENTUL

- 1) Aveti cu dv. documente medicale cum ar fi: a) vizite medicale/ b) internari sau iesiri din spital/ c) interventii chirurgice/ d) analize al sangelui/analize functionale?
- 2) Ati mai: a) fost operat da nu
 b) accidente la locul de munca da nu
 c) accidentari in casa (casnice) da nu
- 3) In copilarie ati facut: a) varicela da nu
 b) varsat de vant da nu
 c) rujeola da nu
 d) otita da nu
 e) scarlatina da nu
 f) reumatism articular acut da nu
- 4) Suferiti de: a) astm bronic da nu
 b) b1) alergii respiratorii/ b2) alergie la alimente/ b3) sau alergie de piele?
- 5) Ati fost infectat de: a) tuberculoza da nu
 b) hepatita da nu
 c) SIDA da nu
 d) lepra da nu
- 6) Ati mai avut tumori? da nu
- 7) Ati mai facut radioterapie sau chemioterapie? da nu
- 8) Ati mai facut transfuzii de sange? da nu
- 9) Daca da, unde si cand?
- 10) Suferiti de boli ale sangelui? da nu
- 11) Suferiti de hemofilie? da nu
- 12) Pierdeti sange impreuna cu: a) scaunul da nu
 b) urina da nu
 c) din nas da nu
 d) la organele genitale da nu
 e) in timp ce tusiti da nu
- 13) Aveti diabet? da nu
- 14) Suferiti de boli cum ar fi: a) ale glandei tiroide da nu
 b) suprarenale da nu
 c) a hipofizei da nu
- 15) Suferiti de boli la rinichi? da nu
- 16) Faceti in aceasta perioada examene de sange? Dializa? da nu
- 17) Suferiti de boli cum ar fi: a) de stomac da nu
 b) de ficat da nu
 c) ale intestinului da nu
- 18) Suferiti de boli cronice respiratorii? da nu
- 19) Cum aveti tensiunea: a) mica da nu
 b) mare da nu
- 20) Suferiti de boli de inima? ale vaselor sanguine? Ati avut? da nu
 a) infarct da nu
 b) anchinare da nu

- 21) È portatore di:
- a) protesi valvolari si no
 - b) pacemaker si no
 - c) defibrillatore si no
- 22) Ha disturbi intestinali?
- a) diarrea si no
 - b) stitichezza si no
- 23) Ha:
- a) dolori addominali si no
 - b) nausea si no
 - c) vomito si no
- 24) Ha quando urina:
- a) bruciore si no
 - b) dolore si no
 - c) difficoltà si no
- 25) Ha disturbi dell'erezione?
- 26) Deglutisce con difficoltà?
- 27) Rigurgita il cibo?
- 28) È recentemente:
- a) diminuito si no
 - b) aumentato di peso si no
- 29) Quanto e in quanto tempo?
- 30) Ha febbre? si no
- 31) Quanta?
- 32) Quando?
- 33) Ha notato a) ingrossamento/ b) dolore delle ghiandole?
- c) collo si no
 - d) inguine si no
 - e) ascelle si no
- 34) Si sente stanco?
- 35) Soffre o ha sofferto di qualche malattia della pelle?
- 36) Ha sulla pelle:
- a) prurito si no
 - b) bruciore si no
- 37) Dove è localizzato?
- 38) Ha disturbi della:
- a) vista si no
 - b) udito si no
- 39) Soffre di:
- a) mal di denti si no
 - b) di gola si no
- 40) Ha:
- a) dolore al torace si no
 - b) tosse si no
 - c) catarro si no
- 41) Ha dolori:
- a) articolari si no
 - b) muscolari si no
- 42) Localizzati dove?
- 43) Soffre di mal di testa?
- 44) Soffre di:
- a) ansia si no
 - b) depressione si no
 - c) variazioni dell'umore si no



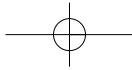
- 21) Aveti implanta: c) arictmie da nu
a) proteza valvulara da nu
b) pacemaker da nu
c) difibrilator da nu
- 22) Aveti probleme intestinali? a) diaree da nu
b) constipatie da nu
- 23) Suferiti de: a) dureri abdominale da nu
b) greata da nu
c) senzatie de voma da nu
- 24) Simtiti de urinare? a) arsuri da nu
b) dureri da nu
c) dificultati da nu
- 25) Aveti probleme de erectie? da nu
- 26) Deglutiti cu dificultate? da nu
- 27) Vomitati mancarea? da nu
- 28) Recent greutatea dv. corporala: a) a scazut da nu
b) a crescut da nu
- 29) Cu cate kg. si in cat timp?
- 30) Aveti febra? da nu
- 31) Cata?
- 32) Cand?
- 33) Ati notat vreo a) ingrosare/ b) sau durere ale: c) amigdalitelor da nu
d) a pentecului da nu
e) subtiorilor da nu
- 34) Va simtiti obosit?
- 35) Suferiti sau ati avut vreo boala de piele?
- 36) Simtiti de piele a) mancarimi da nu
b) arsuri da nu
- 37) Unde s-a localizat pe piele?
- 38) Aveti disturbari: a) de vedere da nu
b) de vaz da nu
- 39) Suferiti de: a) dureri de dinti da nu
b) de gat da nu
- 40) Suferiti de: a) dureri la nivelul toracic da nu
b) tuse da nu
c) flegma da nu
- 41) Aveti dureri: a) articolare da nu
b) musculare da nu
- 42) Indicati unde?
- 43) Suferiti de dureri de cap? da nu
- 44) Suferiti de: a) anxietate da nu
b) depresie da nu
c) schimbari de umor da nu



- 45) Ha subito: a) interventi chirurgici si no
b) ricoveri in ospedale si no
- 46) Quando e in quale ospedale?
- 47) Ha subito: a) traumi si no
b) incidenti stradali si no
c) è stato ferito si no
d) le sono stati dati punti di sutura si no
- 48) È stato: a) ingessato si no
b) immobilizzato si no
- 49) Ha difficoltà: a) a muoversi si no
b) a camminare si no
c) mantenere l'equilibrio si no
- 50) Ha difficoltà: a) a parlare si no
b) pronunciare le parole si no
c) capire quello che le viene detto si no
- 51) Ha disturbi della memoria? si no
- 52) Ha notato agli arti: a) gonfiore si no
b) dolore si no
c) pallore si no
d) cianosi si no
- 53) Ha difficoltà: a) a respirare a riposo si no
b) mentre cammina si no
c) mentre corre si no
d) mentre sale le scale si no
- 54) Quanti cuscini usa quando dorme?
- 55) Ha avuto rapporti sessuali: a) occasionali si no
b) omosessuali si no
- 56) È stato sottoposto a trapianto di organo? si no
- 57) È portatore di handicap fisico psichico, sensoriale? si no
- 58) Le persone che vivono con lei hanno o hanno avuto gli stessi sintomi? si no

8. VISITA MEDICA

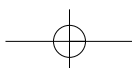
- 1) a) Si spogli/ b) si vesta
- 2) Si metta sul lettino a) seduto/ b) sdraiato/ c) supino/ d) prono/
e) sul fianco destro/ f) sul fianco sinistro/ g) in piedi
- 3) Le misuro a) la pressione/ b) il polso/ c) la febbre
- 4) a) Apra/ b) chiuda la bocca
- 5) a) Respiri/ b) non respiri/ c) tossisca / d) lasci la pancia morbida
- 6) Fa male? si no
- 7) Sente? si no
- 8) Non sente? si no
- 9) Stringa la mia mano
- 10) Mantenga sollevata a) la gamba/ b) il braccio
- 11) Chiuda gli occhi



- 45) Ati mai: a) facut interventii chirurgice da nu
 b) fost internat in spital da nu
- 46) Cand si in care spital?
- 47) Ati mai avut: a) traume da nu
 b) accidente stadale da nu
 c) ati mai fost ranit da nu
 d) V-au mai fost aplicate puncte da nu
- 48) Ati mai fost: a) pus in ghips da nu
 b) imobilizat da nu
- 49) Aveti dificultati: a) in a va misca da nu
 b) la mers da nu
 c) in a va mentine in echilibru da nu
- 50) Aveti dificultati: a) de vorbire da nu
 b) a pronunta cuvintele da nu
 c) a intelege ceea ce vi se spune da nu
- 51) Aveti disturbari de memorie? da nu
- 52) Ati notat ca aveti ale membrelor? a) umflaturi da nu
 b) dureri da nu
 c) paloare da nu
 d) cianoza da nu
- 53) Aveti dificultati: a) de respirare in timp ce stati pe loc da nu
 b) in timp ce mergeti da nu
 c) in alergare da nu
 d) sau in timp ce urcati scarile da nu
- 54) Cate perne folositi cand dormiti?
- 55) Ati avut rapoarte sexuale de tipul: a) ocazional da nu
 b) homosexuale da nu
- 56) Ati mai fost supus la vreun transplant de organe? da nu
- 57) Sunteti purtator de vreun handicap fizico-psihic, senzorial? da nu
- 58) Persoanele care traiesc impreuna cu dv. au avut sau au aceleasi simptome pe care mi le referiti? da nu

8. VIZITA MEDICALA

- 1) a) Dezbracativa/ b) imbracativa
- 2) Asezativa a) pe pat/ b) intins/ c) culcat pe spate/ d) aplecat in fata spre pamant/ e) pe partea dreapta/ f) pe partea stanga/ g) in picioare
- 3) Va masor a) tensiunea/ b) pulsul/ c) temperatura
- 4) a) Deschideti/ b) inchideti gura
- 5) a) Respirati/ b) nu respirati/ c) tusiti/ d) lasati burta moale
- 6) Doare? da nu
- 7) Simtiti? da nu
- 8) Nu simtiti nimic? da nu
- 9) Strangeti-mi mana
- 10) Tineti ridicat a) piciorul/ b) bratul
- 11) Inchideti ochii



- 12) Cammini 7 passi a) avanti/ b) indietro
 13) A casa misuri a) la temperatura/ b) la pressione
 14) Torni al controllo il giorno

9. RICHIESTA DI ESAMI DEL SANGUE/STRUMENTALI

- 1) Le è stata concessa qualche esenzione per patologia o per reddito? si no
 2) Ha una pensione di invalidità? si no
 3) Ha un'esenzione per invalidità civile? si no
 4) Ha un'assicurazione? si no
 5) Deve fare degli esami a) del sangue/ b) delle urine/ c) delle feci
 6) Deve fare una a) radiografia/ b) ecografia/ c) TAC/ d) RMN/
 e) elettrocardiogramma/ f) ecocardiogramma/ g) ecocolordoppler/
 h) gastroscopia/ i) colonscopia
 7) Deve prenotare una visita specialistica/ a) infettivologica/ b) cardiologica/
 c) ortopedica/ d) neurologica/ e) ginecologica/ f) dermatologica/
 g) otorinolaringoiatrica/ h) chirurgica/ i) pediatrica/ l) oculistica/
 m) odontoiatrica/ n) ematologica/ o) urologica
 8) Prenoti una a) prima visita/ b) visita di controllo/ c) visita urgente presso
 9) Deve andare in pronto soccorso
 10) Deve essere ricoverato in ospedale
 11) Deve fare a) terapia riabilitativa/ b) terapia fisica
 (c) ionoforesi/ d) massaggi/ e) tens/ f) trazioni/ g) infiltrazioni)

10. FARMACI/VACCINI

- 1) Usa abitualmente farmaci? si no
 2) Quali?
 3) Per quale malattia?
 4) Da quanto tempo ha sospeso le medicine?
 5) Ha una lista completa dei farmaci che usa? si no
 6) È in terapia: a) anticoagulante si no
 b) chemioterapica si no
 7) Fa uso di prodotti omeopatici o erbe medicinali? si no
 8) Quali?
 9) Da quanto tempo?
 10) Si è sottoposto a qualche vaccinazione? si no
 11) Quando?
 12) Quale?
 13) Ha mai avuto reazioni allergiche da farmaci? si no
 14) Per quali farmaci?
 15) Quando?

11. PRESCRIZIONI TERAPEUTICHE

Le prescrivo di:

- 1) assumere per bocca a) compresse/ b) pastiglie/ c) gocce/ d) capsule/
 e) cucchiari di sciroppo

- 12) Mergeti 7 pasi a) in fata/ b) inapoi
 13) Masurativa acasa a) temperatura/ b) tensiunea
 14) Veniti din nou la control in data:

9. SOLICITAREA ANALIZELOR SANGELUI/FUNCTIONALE

- 1) Sunteti scutit de vreun tip de plata din cauza unei patologii sau a veniturilor? da nu
 2) Aveti pensie de invaliditate? da nu
 3) Aveti vreun tip de scutire de taxe pentru invaliditate civila? da nu
 4) Aveti vreun tip de asigurare facuta? da nu
 5) Trebuie sa faceti analize a) ale sangelui/ b) a urinei/ c) a scaunului
 6) Trebuie sa faceti a) o radiografie/ b) ecografie/ c) o TAC/o RMN/
 d) o electrocardiograma/ e) o ecocardiograma/ f) o gastroscopie/
 g) o colonoscopie
 7) Trebuie sa programati o vizita specialistica in boli a) infectioase/
 b) cardiologica/ c) ortopedica/ d) neurologica/ e) ginecologica/
 f) dermatologica/ g) otolaringologica/ h) chirurgicala/ i) pediatria/
 l) ftalmologica/ m) stomatologica/ n) hematologica/ o) urologica
 8) Programati a) o prima vizita/ b) o vizita de control/ c) o vizita de urgenta la:
 9) Trebuie sa mergeti la Urgenta
 10) Trebuie sa va internati in spital
 11) Trebuie sa faceti o a) terapie de recuperare/ b) terapie fizica (c) ionoforeza/
 d) masaje/ e) intinderea muschilor/ f) tractiuni/ g) infiltratii

10. MEDICAMENTE/VACCINARI

- 1) Obisnuiti sa luati medicamente? da nu
 2) Ce tip?
 3) Pentru care boala?
 4) De cat timp ati incetat sa luati medicamente?
 5) Aveti o lista completa cu medicamentele pe care le luati? da nu
 6) Sunteti cumva in tratament: a) anticoagulant da nu
 b) chemioterapie da nu
 7) Faceti uz de produse homeopatice sau ierburi medicinale? da nu
 8) De care?
 9) De cat timp?
 10) Ati mai facut vreun vaccin? da nu
 11) Cand?
 12) De tipul?
 13) Ati mai avut reactii alergice la medicamente? da nu
 14) La care tip de medicamente?
 15) Cand?

11. PRESCRIPTII TERAPEUTICE

Va prescriu urmatoarele:

- 1) de a lua pe cale bucala aceste: a) comprese/ b) pastile/ c) picaturi/
 d) capsule/ e) linguri de sirop

- 2) fare sciacqui con
- 3) fare impacchi con
- 4) fare bagni con
- 5) fare a) aerosol/ b) inalazioni con
- 6) fare iniezioni a) intramuscolo/ b) endovena/ c) sottocute
- 7) fare sciogliere a) compresse effervescenti/ b) bustine/ c) fiale/ d) polvere
- 8) applicare – spalmare a) crema/ b) pomata/ c) tintura/ d) soluzione
- 9) introdurre a) supposta/ b) candeletta vaginale/ c) ovulo vaginale

Il farmaco deve essere somministrato:

- 10) a) ogni giorno/ b) a giorni alterni/ c) una volta - d) due volte - alla settimana/
e) al bisogno
- 11) a) alla mattina/ b) alla sera/ c) al pomeriggio/ d) alla stessa ora/
e) mattina e sera
- 12) mattina, pomeriggio e sera
- 13) a) prima di/ b) dopo/ c) a stomaco pieno/ d) a digiuno
- 14) a) per ... giorni/ b) per ... settimane/ c) per ... mesi/ d) per sempre

Per questa ricetta in farmacia:

- a) non pagherà nulla
- b) pagherà un ticket
- c) pagherà il prezzo intero

12. CERTIFICATI

- 1) Le compilo un certificato:
 - a) di buona salute
 - b) assicurativo
 - c) per indennità di malattia
 - d) per attività sportiva
 - e) per infortunio sul lavoro e1) primo/
e2) continuativo/ e3) di chiusura

- 2) faceti clatiri cu:
- 3) faceti impachetari cu:
- 4) faceti spalaturi cu:
- 5) faceti a) aerosol/ b) inhalatii cu:
- 6) faceti injectii a) intramusculare/ b) entvenoase/ c) subcutanee
- 7) dizolvati aceste a) comprese efervescente/ b) pliculete/ c) fiole/ d) praful
- 8) aplicati- intindeti a) crema/ b) unguentul/ c) tinctura/ d) solutia
- 9) introduceti a) supozitorul/ b) supozitoare vaginale/ c) ovulele vaginale

Medicamentul trebuie sa fie administra:

- 10) a) in fiecare zi/ b) in zile alternative/ c) odata - d) de doua ori pe saptamana/
e) in caz de nevoie
- 11) a) dimineata/ b) seara/ c) dupa amiaza/ d) la aceeasi ora/
e) dimineata si seara
- 12) dimineata, dupa amiaza si seara
- 13) a) inainte/ b) dupa/ c) pe stomacul plin/ d) pe nemancate
- 14) a) pentru ... zile/ b) pentru ... saptamani/ c) pentru ... luni/
d) pentru intotdeauna

Duceti aceasta reteta in farmacie:

- a) nu veti plati nimic
- b) veti plati un ticket
- c) veti plati pretul intreg

12. CERTIFICATE

- 1) Va completez un certificat:
 - a) ca sunteti sanatos
 - b) relativ la asigurare
 - c) pentru a solicita indemnizatie de boala
 - d) pentru activitate sportiva
 - e) pentru accident la locul de munca e1) primul certificat/
e2) care are continuitate pana pe data: .../ e3) definitiv

Dottore ho dolore alla testa	Domnule doctor ma doare capul
Dottore mi bruciano gli occhi	Domnule doctor ma ustura ochii
Dottore ho dolore alla gola	Domnule doctor ma doare gatul
Dottore ho dolore ai denti	Domnule doctor ma dor dintii
Dottore ho mal d'orecchio	Domnule doctor ma doare o ureche
Dottore ho il raffreddore	Domnule doctor sunt racit
Dottore mi esce sangue dal naso	Domnule doctor imi curge sange din nas
Dottore ho la febbre	Domnule doctor am temperatura
Dottore ho la tosse, vorrei uno sciroppo	Domnule doctor tutesc, as dori un sirop de tusa
Dottore ho le vertigini	Domnule doctor am ameteli
Dottore ho mal di stomaco	Domnule doctor ma doare stomacul
Dottore ho la diarrea	Domnule doctor am diarie
Dottore ho mal di pancia	Domnule doctor ma doare burta
Dottore ho dolore a) alla schiena/ b) al braccio/ c) alla mano/ d) al piede/ e) al ginocchio/ f) alla caviglia	Domnule doctor ma doare a) spatele/ b) bratul/ c) mana/ d) piciorul/ genunchiul/ f) glezna
Dottore mi sono ustionato	Domnule doctor m-am ars
Dottore mi sono scottato al sole	Domnule doctor am facut in solatie/ m-am ars la soare
Dottore ho rotto la dentiera	Domnule doctor mi-am rupt proteza dentara
Dottore ho bisogno di un antinevralgico	Domnule doctor am nevoie de un antinevralgic
Dottore ho il naso chiuso	Domnule doctor am nasul infundat/ astupat
Dottore vorrei un lassativo	Domnule doctor as dori un laxativ
Dottore vorrei un collirio	Domnule doctor as dori picaturi pentru ochi
Dottore vorrei qualcosa per i dolori mestruali	Domnule doctor as dori ceva pentru dureri menstruale
Dottore soffro di mal a) d'auto/ b) aereo	Domnule doctor sufar de rau a) de masina/ b) de avion
Dottore come si prende questo medicinale?	Domnule doctor cum sa iau aceste medicamente?
Dottore quante volte al giorno?	Domnule doctor de cate ori pe zi?
Dottore ho una puntura di insetto	Domnule doctor m-a intepat o insecta
Dottore ho le vene varicose, vorrei una pomata-crema	Domnule doctor am vene varicoase (varice), as dori o crema
Dottore vorrei qualcosa contro le zanzare	Domnule doctor as dori ceva impotriva tantarilor
Dottore vorrei provare la pressione arteriosa	Domnule doctor as dori sa-mi masor tensiunea arteriala
Dottore ho bisogno a) del cotone idrofilo/ b) delle garze/ c) di bende	Domnule doctor am nevoie de a) vata hidrofila/ b) de fase/ c) de pansament
Dottore ho bisogno di un cerotto	Domnule doctor am nevoie de un plasure/leucoplast
Dottore ho bisogno di un disinfettante	Domnule doctor am nevoie de un dezinfectant
Dottore ho bisogno di un termometro	Domnule doctor am nevoie de un termometru
Dottore vorrei una siringa	Domnule doctor as dori o siringa
Dottore ho bisogno di un pacco di assorbenti igienici	Domnule doctor as dori un pachet de absorbanti igienici
Dottore ho bisogno di un pacco di pannolini per bambini	Domnule doctor am nevoie de un pachet de scutece Pampers pentru copii
Dottore vorrei scegliere degli omogeneizzati	Domnule doctor as dori sa aleg niste omogenizanti
Dottore ho bisogno di un dentifricio	Domnule doctor as dori o pasta de dinti
Dottore ho bisogno di un collutorio	Domnule doctor am nevoie de o apa de gura
Dottore vorrei un prodotto omeopatico	Domnule doctor am nevoie de un produs homeopatic
Dottore vorrei una pillola anticoncezionale	Domnule doctor as dori o pastila anticonceptionala (contraceptiva)
Dottore vorrei un antibiotico	Domnule doctor as dori un antibiotic

Antibiotico	Antibiotic
Analgesico/antidolorifico	Analgezik/Calmant
Antiparassitario	Antiparazitar
Assorbenti	Absorbanti
Biopsia	Biopsie
Bustine	Pliculete
Cerotto	Plature
Collutorio	Apa de gura
Colonscopia	Colonoscopie
Comprese	Comprese
Crema	Crema
Dentifricio	Pasta de dinti
Diabete	Diabet
Disinfettante	Dezinfectant
Ecografia	Ecografie
Febbre	Febra
Garza	Pansament/ Tifon
Gastroscopia	Gastroscoapie
Granulato	Granulat
Ipertensione	Hipertensiune
Lassativo	Laxativ
Lavanda ginecologica	Spalatura ginecologica
Lozione	Lotiune
Mammografia	Mamografie
Ovuli	Ovule
Pap-test	Pap-test
Pomata	Crema
Prelievo del sangue	Luat singe
Radiografia	Radiografie
Sedativo	Sedativ/Calmant
Sciroppo	Sirop
Siringa	Seringa
Supposta	Supozitor
Spazzolino	Periuta
Termometro	Termometru
Test di gravidanza	Test de sarcina
Tisana	Tizana
Vaccinazione	Vaccinare
Vaccino	Vaccin

RUSSO

Guida sanitaria multilingue

per i cittadini e gli operatori sanitari

Guida all'anamnesi ed alla terapia

**SEZIONE PER IL MEDICO/FARMACISTA
OPERATORE SANITARIO**

1. PAESI D'ORIGINE - VIAGGI

- 1) Qual è il suo Paese d'origine?
- 2) Parla e capisce:
- | | | |
|-------------|-----------------------------|-----------------------------|
| a) italiano | <input type="checkbox"/> si | <input type="checkbox"/> no |
| b) inglese | <input type="checkbox"/> si | <input type="checkbox"/> no |
| c) francese | <input type="checkbox"/> si | <input type="checkbox"/> no |
- 3) Qual è stato l'ultimo Paese da lei visitato?

2. CONDIZIONI AMBIENTALI-ABITATIVE

- 1) Dove vive?
- | | | |
|-------------------------------|-----------------------------|-----------------------------|
| a) In un appartamento | <input type="checkbox"/> si | <input type="checkbox"/> no |
| b) in uno stabile abbandonato | <input type="checkbox"/> si | <input type="checkbox"/> no |
| c) all'addiaccio | <input type="checkbox"/> si | <input type="checkbox"/> no |
- 2) Convive con altre persone?
- | | |
|-----------------------------|-----------------------------|
| <input type="checkbox"/> si | <input type="checkbox"/> no |
|-----------------------------|-----------------------------|
- 3) Nella sua abitazione c'è:
- | | | |
|-------------------|-----------------------------|-----------------------------|
| a) acqua corrente | <input type="checkbox"/> si | <input type="checkbox"/> no |
| b) riscaldamento | <input type="checkbox"/> si | <input type="checkbox"/> no |
| c) bagno | <input type="checkbox"/> si | <input type="checkbox"/> no |
- 4) Nella sua abitazione ci sono animali domestici?
- | | |
|-----------------------------|-----------------------------|
| <input type="checkbox"/> si | <input type="checkbox"/> no |
|-----------------------------|-----------------------------|
- 5) Vive in:
- | | | |
|-------------|-----------------------------|-----------------------------|
| a) campagna | <input type="checkbox"/> si | <input type="checkbox"/> no |
| b) città | <input type="checkbox"/> si | <input type="checkbox"/> no |

3. DIETA

- 1) Consuma bevande alcoliche? si no
- 2) Quanti bicchieri al giorno?
- 3) Ha mangiato alimenti crudi? si no
- 4) Ha bevuto acqua non imbottigliata? si no
- 5) Ha bevuto latte fresco non confezionato? si no

4. PROFESSIONE/TEMPO LIBERO

- 1) Che lavoro svolge? a) Agricoltore/ b) muratore/ c) operaio di industria alimentare/ d) di industria tessile/ e) di industria meccanica/ f) tipografo/ g) idraulico/ h) impiegato/ i) casalinga/ l) badante/ m) imbianchino/ n) dirigente/ o) libero professionista/ p) commerciante
- 2) Il suo lavoro implica contatti con sostanze chimiche si no
- 3) Prima dell'attuale, ha svolto altri lavori? Quali?
- 4) Lavora:
- | | | |
|-----------------------|-----------------------------|-----------------------------|
| a) all'aperto | <input type="checkbox"/> si | <input type="checkbox"/> no |
| b) in ambiente chiuso | <input type="checkbox"/> si | <input type="checkbox"/> no |

МНОГОЯЗЫЧНЫЙ САНИТАРНЫЙ ГИД ДЛЯ НАСЕЛЕНИЯ И МЕДИЦИНСКИХ РАБОТНИКОВ

ГИД ДЛЯ АНАМНЕЗА И ТЕРАПИИ ДЛЯ ВРАЧЕЙ, АПТЕКАРЕЙ И МЕДИЦИНСКИХ РАБОТНИКОВ

1. СТРАНА ПРОИСХОЖДЕНИЯ – ПОЕЗДКИ

- 1) Из какой Вы страны?
- 2) Parla e capisce:
- | | | |
|------------------|-----------------------------|------------------------------|
| a) по-итальянски | <input type="checkbox"/> да | <input type="checkbox"/> нет |
| b) по-английски | <input type="checkbox"/> да | <input type="checkbox"/> нет |
| c) по-французски | <input type="checkbox"/> да | <input type="checkbox"/> нет |
- 3) Какой была последняя страна, в которой Вы побывали?

2. УСЛОВИЯ ОКРУЖАЮЩЕЙ СРЕДЫ – ЖИЛИЩНЫЕ УСЛОВИЯ

- 1) Где Вы живете?
- | | | |
|-------------------------|-----------------------------|------------------------------|
| a) в квартире | <input type="checkbox"/> да | <input type="checkbox"/> нет |
| b) в заброшенном здании | <input type="checkbox"/> да | <input type="checkbox"/> нет |
| c) а на улице | <input type="checkbox"/> да | <input type="checkbox"/> нет |
- 2) Кто живет вместе с Вами?
- 3) В Вашем жилище есть:
- | | | |
|---------------|-----------------------------|------------------------------|
| a) водопровод | <input type="checkbox"/> да | <input type="checkbox"/> нет |
| b) отопление | <input type="checkbox"/> да | <input type="checkbox"/> нет |
| c) туалет | <input type="checkbox"/> да | <input type="checkbox"/> нет |
- 4) В Вашем жилище есть домашние животные?
- 5) Вы живете:
- | | | |
|-------------------------|-----------------------------|------------------------------|
| a) в сельской местности | <input type="checkbox"/> да | <input type="checkbox"/> нет |
| b) в городе | <input type="checkbox"/> да | <input type="checkbox"/> нет |

3. ПИТАНИЕ

- 1) Потребляете Вы алкогольные напитки? да нет
- 2) Сколько стаканов в день?
- 3) Едите ли Вы сырые продукты? да нет
- 4) Пьете ли Вы воду из нефабричной упаковки? да нет
- 5) Пьете ли Вы свежее молоко не из пакетика? да нет

4. РАБОТА/СВОБОДНОЕ ВРЕМЯ

- 1) Кем Вы работаете? a) сельскохозяйственный рабочий/ b) строительный рабочий/ c) рабочий в пищевом секторе/ d) в текстильном секторе/ e) в машиностроительном секторе/ f) в типографии/ g) водопроводчик/ h) служащий/ i) домохозяйка/ l) няня/ m) маляр/ n) менеджер/ o) специалист со своей практикой/ p) коммерсант
- 2) По работе Вам приходится соприкасаться с химикалиями? да нет
- 3) До нынешней работы где Вы работали раньше? Кем?
- 4) Работаете ли Вы:
- | | | |
|------------------------|-----------------------------|------------------------------|
| a) на открытом воздухе | <input type="checkbox"/> да | <input type="checkbox"/> нет |
| b) в помещении | <input type="checkbox"/> да | <input type="checkbox"/> нет |

5. ANAMNESI FAMILIARE - FISIOLOGICA

- 1) È sposato? si no
- 2) Convivente con un partner? si no
- 3) Ha figli? si no
- 4) Quanti?
- 5) Di che età?
- 6) I suoi familiari soffrono di malattie importanti, quali a) diabete/ b) ipertensione arteriosa/ c) malattie cardiache/ d) malattie genetiche/ e) allergie/ f) tumori/ g) tubercolosi/ h) infezione da HIV/ i) epatiti/ l) lebbra?
- 7) Fa uso o ha fatto uso di sostanze stupefacenti? si no

6. ANAMNESI GINECOLOGICA

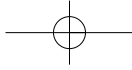
- 1) A quanti anni ha avuto le prime mestruazioni?
- 2) Ha avuto gravidanze: a) normali si no
b) complicate si no
c) aborti si no
- 3) Ritiene di essere in gravidanza? si no
- 4) Data delle ultime mestruazioni
- Gennaio
- Febbraio
- Marzo
- Aprile
- Maggio
- Giugno
- Luglio
- Agosto
- Settembre 1 - 7
- Ottobre 8 - 14
- Novembre 15 - 21
- Dicembre 22 - 31
- 5) È in menopausa? si no
- 6) Da quanti anni?
- 7) Ha dolori mestruali? si no
- 8) Ha perdite intermestruali? si no
- 9) Ha prurito vaginale? si no
- 10) Ha dolore durante i rapporti sessuali? si no
- 11) Sta allattando? si no
- 12) Prende la pillola? si no
- 13) Assume farmaci per la menopausa? si no
- 14) Le è stata posizionata una spirale (IUD)? si no
- 15) Ha fatto un pap test? si no
- 16) Quando?
- 17) Ha fatto una mammografia? si no
- 18) Quando?

5. СЕМЕЙНЫЙ АНАМНЕЗ – ФИЗИОЛОГИЧЕСКИЙ АНАМНЕЗ

- 1) Вы состоите в браке? да нет
- 2) Сожительствуете с кем-либо? да нет
- 3) У Вас есть дети? да нет
- 4) Сколько их?
- 5) Сколько им лет?
- 6) Ваши родственники страдают от серьезных заболеваний таких, как
 а) диабет/ б) повышенное кровяное давление/ с) сердечные заболевания/
 д) генетические болезни/ е) аллергии/ ф) опухоли/ г) туберкулез/
 h) ВИЧ-инфекции/ i) гепатиты/ l) проказа?
- 7) Вы когда-либо употребляли наркотики? да нет

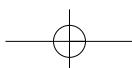
6. ГИНЕКОЛОГИЧЕСКИЙ АНАМНЕЗ

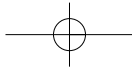
- 1) В каком возрасте у Вас начались менструации?
- 2) Были ли у вас беременности: а) нормальные да нет
 б) осложненные да нет
 с) аборты да нет
- 3) Вы настоящее время Вы беременны? да нет
- 4) Когда у Вас были последние менструации
- январь
- февраль
- март
- апрель
- мая
- июнь
- июль
- август
- сентябрь 1 - 7
- октябрь 8 - 14
- ноябрь 15 - 21
- декабрь 22 - 31
- 5) У Вас наступила менопауза? да нет
- 6) Сколько лет назад?
- 7) У Вас бывают менструальные боли? да нет
- 8) Межменструальные кровотечения? да нет
- 9) Вагинальный зуд? да нет
- 10) Вам не бывает больно во время половых сношений? да нет
- 11) Вы кормите грудью? да нет
- 12) Вы принимаете противозачаточные таблетки? да нет
- 13) Принимаете ли Вы лекарства от менопаузы? да нет
- 14) Вы когда либо устанавливали спираль
 (в качестве противозачаточного средства) да нет
- 15) Выполняли ли Вы когда-либо ПАП-тест? да нет
- 16) Когда?
- 17) Делали Вы когда-либо маммографию? да нет
- 18) Когда?



7. ANAMNESI PATOLOGICA/INTERVISTA AL PAZIENTE

- 1) Ha con se documentazione medica di a) visite/ b) ricoveri/ c) interventi chirurgici/ d) esami del sangue/ e) esami strumentali?
- 2) Ha subito: a) interventi chirurgici si no
 b) infortuni sul lavoro si no
 c) infortuni a domicilio si no
- 3) Da bambino ha avuto: a) la varicella si no
 b) il morbillo si no
 c) la rosolia si no
 d) gli orecchioni si no
 e) la scarlattina si no
 f) il reumatismo articolare acuto si no
- 4) Soffre di: a) asma si no
 b) malattie allergiche b1) respiratorie/
 b2) alimentari/ b3) della pelle?
- 5) Ha contratto: a) la tubercolosi si no
 b) l'epatite si no
 c) l'infezione da HIV si no
 d) la lebbra si no
- 6) Ha mai avuto tumori? si no
- 7) Ha mai fatto radioterapia o chemioterapia? si no
- 8) Ha mai ricevuto trasfusioni di sangue? si no
- 9) Se si, dove e quando è stato trasfuso?
- 10) Soffre di malattie del sangue? si no
- 11) Soffre di emofilia? si no
- 12) Perde sangue con: a) le feci si no
 b) urine si no
 c) dal naso si no
 d) dai genitali si no
 e) mentre tossisce si no
- 13) Ha il diabete? si no
- 14) Soffre di malattie: a) della tiroide si no
 b) del surrene si no
 c) dell'ipofisi si no
- 15) Soffre di malattie del rene? si no
- 16) È in dialisi? si no
- 17) Soffre di malattie: a) dello stomaco si no
 b) del fegato si no
 c) dell'intestino si no
- 18) Soffre di malattie croniche respiratorie? si no
- 19) Ha la pressione: a) alta si no
 b) bassa si no

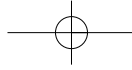




7. ПАТОЛОГИЧЕСКИЙ АНАМНЕЗ/ ОПРОС ПАЦИЕНТА

- 1) Есть ли у Вас с собой медицинская карта проведенных а) осмотров/
 б) помещений в стационар/ с) хирургических вмешательств/
 д) анализов крови/ е) аппаратурных анализов?
- 2) Были ли у Вас: а) хирургические вмешательства да нет
 б) аварии на работе да нет
 в) аварии дома да нет
- 3) В детстве болели ли Вы: а) ветряной оспой да нет
 б) корью да нет
 в) краснухой да нет
 д) свинкой да нет
 е) скарлатиной да нет
 ф) острым ревматизмом суставов да нет
- 4) Страдаете ли Вы: а) от астмы да нет
 б) от аллергических заболеваний
 б1) дыхательных путей/ б2) пищеварительного
 аппарата/ б3) кожи
- 5) Болели ли Вы: а) туберкулезом да нет
 б) гепатитом да нет
 в) ВИЧ-инфекцией да нет
 д) проказой? да нет
- 6) Были ли у Вас опухолевые заболевания? да нет
- 7) Были ли Вы подвергнуты облучению или химеотерапии? да нет
- 8) Делали ли Вам когда-либо переливание крови? да нет
- 9) Если да, то где и когда Вам делали это переливание?
- 10) Более ли Вы болезнями крови? да нет
- 11) Больны ли Вы гемофилией? да нет
- 12) Выходит ли у Вас кровь: а) с калом да нет
 б) с мочой да нет
 в) из носа да нет
 д) из половых органов да нет
 е) при кашле да нет
- 13) Более ли Вы диабетом? да нет
- 14) Более ли Вы болезнями: а) щитовидной железы да нет
 б) надпочечников да нет
 в) гипофиза да нет
- 15) Более ли Вы почечными заболеваниями? да нет
- 16) Находитесь ли Вы на диализе? да нет
- 17) Более ли Вы заболеваниями: а) желудка да нет
 б) печени да нет
 в) кишечника да нет
- 18) Страдаете ли Вы хроническими легочными заболеваниями? да нет
- 19) Страдаете ли Вы от давления: а) повышенного да нет
 б) пониженного да нет

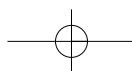
- 20) Soffre di malattie del cuore?
dei vasi sanguigni? a) infarto si no
b) angina si no
c) aritmia si no
- 21) È portatore di: a) protesi valvolari si no
b) pacemaker si no
c) defibrillatore si no
- 22) Ha disturbi intestinali? a) diarrea si no
b) stitichezza si no
- 23) Ha: a) dolori addominali si no
b) nausea si no
c) vomito si no
- 24) Ha quando urina: a) bruciore si no
b) dolore si no
c) difficoltà si no
- 25) Ha disturbi dell'erezione? si no
- 26) Deglutisce con difficoltà? si no
- 27) Rigurgita il cibo? si no
- 28) È recentemente: a) diminuito si no
b) aumentato di peso si no
- 29) Quanto e in quanto tempo?
- 30) Ha febbre? si no
- 31) Quanta?
- 32) Quando?
- 33) Ha notato a) ingrossamento/ b) dolore delle ghiandole?
c) collo si no
d) inguine si no
e) ascelle si no
- 34) Si sente stanco? si no
- 35) Soffre o ha sofferto di qualche malattia della pelle? si no
- 36) Ha sulla pelle: a) prurito si no
b) bruciore si no
- 37) Dove è localizzato?
- 38) Ha disturbi della: a) vista si no
b) udito si no
- 39) Soffre di: a) mal di denti si no
b) di gola si no
- 40) Ha: a) dolore al torace si no
b) tosse si no
c) catarro si no
- 41) Ha dolori: a) articolari si no
b) muscolari si no
- 42) Localizzati dove?
- 43) Soffre di mal di testa? si no



- 44) Soffre di: a) ansia si no
 b) depressione si no
 c) variazioni dell'umore si no
- 45) Ha subito: a) interventi chirurgici si no
 b) ricoveri in ospedale si no
- 46) Quando e in quale ospedale?
- 47) Ha subito: a) traumi si no
 b) incidenti stradali si no
 c) è stato ferito si no
 d) le sono stati dati punti di sutura si no
- 48) È stato: a) ingessato si no
 b) immobilizzato si no
- 49) Ha difficoltà: a) a muoversi si no
 b) a camminare si no
 c) mantenere l'equilibrio si no
- 50) Ha difficoltà: a) a parlare si no
 b) pronunciare le parole si no
 c) capire quello che le viene detto si no
- 51) Ha disturbi della memoria? si no
- 52) Ha notato agli arti: a) gonfiore si no
 b) dolore si no
 c) pallore si no
 d) cianosi si no
- 53) Ha difficoltà: a) a respirare a riposo si no
 b) mentre cammina si no
 c) mentre corre si no
 d) mentre sale le scale si no
- 54) Quanti cuscini usa quando dorme?
- 55) Ha avuto rapporti sessuali: a) occasionali si no
 b) omosessuali si no
- 56) È stato sottoposto a trapianto di organo? si no
- 57) È portatore di handicap fisico psichico, sensoriale? si no
- 58) Le persone che vivono con lei hanno o hanno avuto gli stessi sintomi? si no

8. VISITA MEDICA

- 1) a) Si spogli/ b) si vesta
- 2) Si metta sul lettino a) seduto/ b) sdraiato/ c) supino/ d) prono/
 e) sul fianco destro/ f) sul fianco sinistro/ g) in piedi
- 3) Le misuro a) la pressione/ b) il polso/ c) la febbre
- 4) a) Apra/ b) chiuda la bocca
- 5) a) Respiri/ b) non respiri/ c) tossisca / d) lasci la pancia morbida
- 6) Fa male? si no



- 44) Страдаете ли Вы от: a) тревожных состояний да нет
 b) депрессии да нет
 c) перепадов настроения да нет
- 45) Были ли у Вас: a) хирургические операции да нет
 b) госпитализации да нет
- 46) Когда и в какой больнице?
- 47) Были ли у Вас: a) травмы да нет
 b) автодорожные аварии да нет
 c) получали ли Вы ранения да нет
 d) сколько швов Вам было при этом наложено да нет
- 48) Бывали ли Вы: a) в гипсе да нет
 b) на неподвижном режиме да нет
- 49) Есть ли у Вас сложности: a) с движением да нет
 b) с ходьбой да нет
 c) поддержанием равновесия да нет
- 50) Есть ли у Вас: a) речевые сложности да нет
 b) в произношении слов да нет
 c) в понимании сказанного да нет
- 51) Страдаете ли Вы от нарушений памяти? да нет
- 52) Бывало ли у Вас: a) опухание да нет
 b) боли да нет
 c) побледнение да нет
 d) посинение конечностей? да нет
- 53) Бывают ли у Вас: a) задыхания в состоянии покоя да нет
 b) при ходьбе да нет
 c) при беге да нет
 d) при подъеме по лестнице да нет
- 54) На скольких подушках Вы спите?
- 55) Были ли у Вас половые: a) случайные связи да нет
 b) гомосексуальные связи да нет
- 56) Перенесли ли Вы пересадку органа? да нет
- 57) Является ли Вы инвалидом в психической или сфере органов восприятия? да нет
- 58) Живущие с Вами люди жалуются/жаловались ли на те же симптомы, на которые жалуетесь и Вы? да нет

8. ОСМОТР ВРАЧА

- 1) a) Разденьтесь/ b) оденьтесь
- 2) a) Сядьте на кровать/ b) лягте/ c) на спину/ d) на грудь/ e) на правый бок/ f) на левый бок/g) встаньте
- 3) Сейчас я Вам измерю a) давление/ b) пульс/ c) температуру
- 4) a) Откройте/ b) закройте рот
- 5) a) Дышите/ b) не дышите/ c) покашляйте / d) расслабьте живот
- 6) Больно? да нет

- 7) Sente? si no
 8) Non sente? si no
 9) Stringa la mia mano
 10) Mantenga sollevata a) la gamba/ b) il braccio
 11) Chiuda gli occhi
 12) Cammini 7 passi a) avanti/ b) indietro
 13) A casa misuri a) la temperatura/ b) la pressione
 14) Torni al controllo il giorno

9. RICHIESTA DI ESAMI DEL SANGUE/STRUMENTALI

- 1) Le è stata concessa qualche esenzione per patologia o per reddito? si no
 2) Ha una pensione di invalidità? si no
 3) Ha un'esenzione per invalidità civile? si no
 4) Ha un'assicurazione? si no
 5) Deve fare degli esami a) del sangue/ b) delle urine/ c) delle feci
 6) Deve fare una a) radiografia/ b) ecografia/ c) TAC/ d) RMN/
 e) elettrocardiogramma/ f) ecocardiogramma/ g) ecocolordoppler/
 h) gastroscopia/ i) colonscopia
 7) Deve prenotare una visita specialistica/ a) infettivologica/ b) cardiologica/
 c) ortopedica/ d) neurologica/ e) ginecologica/ f) dermatologica/
 g) otorinolaringoiatrica/ h) chirurgica/ i) pediatrica/ l) oculistica/
 m) odontoiatrica/ n) ematologica/ o) urologica
 8) Prenoti una a) prima visita/ b) visita di controllo/ c) visita urgente presso
 9) Deve andare in pronto soccorso
 10) Deve essere ricoverato in ospedale
 11) Deve fare a) terapia riabilitativa/ b) terapia fisica
 (c) ionoforesi/ d) massaggi/ e) tens/ f) trazioni/ g) infiltrazioni)

10. FARMACI/VACCINI

- 1) Usa abitualmente farmaci? si no
 2) Quali?
 3) Per quale malattia?
 4) Da quanto tempo ha sospeso le medicine?
 5) Ha una lista completa dei farmaci che usa? si no
 6) È in terapia: a) anticoagulante si no
 b) chemioterapica si no
 7) Fa uso di prodotti omeopatici o erbe medicinali? si no
 8) Quali?
 9) Da quanto tempo?
 10) Si è sottoposto a qualche vaccinazione? si no
 11) Quando?

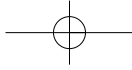
- 7) Немножко? да нет
 8) Совсем нет? да нет
 9) Сожмите мне руку
 10) Держите поднятой а) ногу/б) руку
 11) Закройте глаза
 12) Пройдите 7 шагов а) вперед/ б) назад
 13) Дома померяйте а) температуру/б) давление
 14) Вернитесь для проверки в дату

9. ЗАПРОС НА АНАЛИЗЫ КРОВИ/АППАРАТУРНЫЕ АНАЛИЗЫ

- 1) Имеете ли Вы бесплатное лечение по болезни или по малому заработку? да нет
 2) Получаете ли Вы пенсию по инвалидности? да нет
 3) Освобождены ли Вы от оплаты по гражданской инвалидности? да нет
 4) Есть ли у Вас медицинская страховка? да нет
 5) Вы должны сделать а) анализ крови/ б) мочи/ с) кала
 6) Вы должны сделать а) рентген/ б) ультразвуковое исследование/ с) компьютерную томографию/ d) RMN/ e) электрокардиограмму/ f) эхокардиограмму/ g) эхоцветодолерографию/ h) гастроскопию/ i) колоноскопию
 7) Вы должны записаться к а) специалисту-инфектологу/ б) кардиологу/ с) ортопеду/ d) неврологу/ e) гинекологу/ f) дерматологу/ g) ухогорлоносу/ h) хирургу/ i) педиатру/ l) окулисту/ m) зубному врачу/ n) гематологу/ o) урологу
 8) Запишитесь а) на первый осмотр/ б) проверочный осмотр/ с) срочный осмотр к
 9) Вы должны обратиться в скорую помощь
 10) Вам требуется госпитализация
 11) Вы должны выполнять а) восстановительную терапию/ б) физиотерапию (с)ионофорез/ d) массаж/ e) TENS/ f) вытягивания/ g) припарки)

10. ЛЕКАРСТВА/ ВАКЦИНЫ

- 1) Принимаете ли Вы регулярно лекарства? да нет
 2) Какие?
 3) От какой болезни?
 4) Давно ли Вы прекратили принимать лекарства?
 5) Есть ли у Вас полный список используемых Вами лекарств? да нет
 6) Находитесь ли Вы в ходе: а) антикоагулятивного лечения да нет
 б) химиотерапии да нет
 7) Пользуетесь ли Вы гомеопатическими средствами или лечебными травами? да нет
 8) Какими?
 9) Как давно?
 10) Подвергались ли Вы вакцинации? да нет
 11) Когда?



- 12) Quale?
13) Ha mai avuto reazioni allergiche da farmaci? si no
14) Per quali farmaci?
15) Quando?

11. PRESCRIZIONI TERAPEUTICHE

Le prescrivo di:

- 1) assumere per bocca a) compresse/ b) pastiglie/ c) gocce/ d) capsule/
e) cucchiari di sciroppo
- 2) fare sciacqui con
- 3) fare impacchi con
- 4) fare bagni con
- 5) fare a) aerosol/ b) inalazioni con
- 6) fare iniezioni a) intramuscolo/ b) endovena/ c) sottocute

- 7) fare sciogliere a) compresse effervescenti/ b) bustine/ c) fiale/ d) polvere

- 8) applicare – spalmare a) crema/ b) pomata/ c) tintura/ d) soluzione
- 9) introdurre a) supposta/ b) candeletta vaginale/ c) ovulo vaginale

Il farmaco deve essere somministrato:

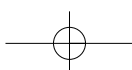
- 10) a) ogni giorno/ b) a giorni alterni/ c) una volta - d) due volte - alla settimana/
e) al bisogno
- 11) a) alla mattina/ b) alla sera/ c) al pomeriggio/ d) alla stessa ora/
e) mattina e sera
- 12) mattina, pomeriggio e sera
- 13) a) prima di/ b) dopo/ c) a stomaco pieno/ d) a digiuno
- 14) a) per ... giorni/ b) per ... settimane/ c) per ... mesi/ d) per sempre

Per questa ricetta in farmacia:

- a) non pagherà nulla
- b) pagherà un ticket
- c) pagherà il prezzo intero

12. CERTIFICATI

- 1) Le compilo un certificato:
 - a) di buona salute
 - b) assicurativo
 - c) per indennità di malattia
 - d) per attività sportiva
 - e) per infortunio sul lavoro e1) primo/
e2) continuativo/ e3) di chiusura



- 12) Какой?
13) Вас бывала аллергическая реакция на лекарства? да нет
14) На какие лекарства?
15) Когда?

11. ТЕРАПЕВТИЧЕСКИЕ РЕЦЕПТЫ

Я Вам прописываю:

- 1) принимать через рот а) таблетки/ b) карамели/ с) капли/
d) капсулы/ e) сироп
- 2) полоскать горло
- 3) делать компрессы с
- 4) принимать ванны с
- 5) дышать а) аэрозолем/ b) делать ингаляции с
- 6) делать инъекции а) внутримышечные/ b) внутривенные/
с) подкожные
- 7) пить растворенные а) пенящиеся средства в таблетках/
b) в пакетиках/ с) в ампулах/ d) в порошках
- 8) нанести – намазать а) крем/ b) мазь/с) настойку/ d) раствор
- 9) установить а) суппозиторий/ b) вагинальные свечи/
с) вагинальные овулы

Лекарство должно приниматься:

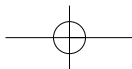
- 10) а) ежедневно/ b) через день/ с) один раз – d) два раза - в недели/
e) по необходимости
- 11) а) утром/ b) вечером/ с) во второй половине дня/ d) в одно и то же время/
e) утром и вечером
- 12) утром, во второй половине дня и вечером
- 13) а) до/ b) после еды/ с) на полный желудок/ d) на пустой желудок
- 14) а) в течение ... дней/ b) в течение ... недель / с) в течение ... месяцев /
d) всегда

Принести этот рецепт в аптеку:

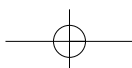
- a) платить ничего не надо
- b) необходимо будет заплатить за талон
- c) придется платить полную цену

12. СЕРТИФИКАТЫ

- 1) Я выдаю Вам удостоверение:
 - a) о хорошем состоянии здоровья
 - b) страховое удостоверение
 - c) для запроса денег по болезни
 - d) для осуществления спортивной деятельности
 - e) по аварии на работе e1) первое/ e2) постоянное/ e3) заключительное



Dottore ho dolore alla testa	Доктор, у меня болит голова
Dottore mi bruciano gli occhi	Доктор, у меня жжет глаза
Dottore ho dolore alla gola	Доктор, у меня болит горло
Dottore ho dolore ai denti	Доктор, у меня болят зубы
Dottore ho mal d'orecchio	Доктор, у меня болит ухо
Dottore ho il raffreddore	Доктор, я простужен
Dottore mi esce sangue dal naso	Доктор, у меня течет кровь носом
Dottore ho la febbre	Доктор, у меня температура
Dottore ho la tosse, vorrei uno sciroppo	Доктор, я кашляю, дайте мне сироп
Dottore ho le vertigini	Доктор, у меня кружится голова
Dottore ho mal di stomaco	Доктор, у меня болит желудок
Dottore ho la diarrea	Доктор, у меня понос
Dottore ho mal di pancia	Доктор, у меня болит живот
Dottore ho dolore a) alla schiena/b) al braccio/ c) alla mano/ d) al piede/ e) al ginocchio/ f) alla caviglia	Доктор у меня болит а) спина/ b) рука/ c) кисть/ d) нога/ e) колено/ f) щиколотка
Dottore mi sono ustionato	Доктор, у меня ожог
Dottore mi sono scottato al sole	Доктор, я перегрелся на солнце
Dottore ho rotto la dentiera	Доктор, у меня сломался зубной протез
Dottore ho bisogno di un antinevralgico	Доктор, дайте мне антиневралгическое средство
Dottore ho il naso chiuso	Доктор, у меня забит нос
Dottore vorrei un lassativo	Доктор, дайте мне слабительное
Dottore vorrei un collirio	Доктор, дайте мне полоскание для глаз
Dottore vorrei qualcosa per i dolori mestruali	Доктор, дайте мне средство от менструальных болей
Dottore soffro di mal a) d'auto/ b) aereo	Доктор, меня укачивает в а) машине/ b) самолете
Dottore come si prende questo medicinale?	Доктор, как принимать это лекарство?
Dottore quante volte al giorno?	Доктор, сколько раз в день?
Dottore ho una puntura di insetto	Доктор, меня укусило насекомое
Dottore ho le vene varicose, vorrei una pomata-crema	Доктор, у меня варикозные вены, дайте мне мазь
Dottore vorrei qualcosa contro le zanzare	Доктор, дайте мне что-нибудь против комаров
Dottore vorrei provare la pressione arteriosa	Доктор, померьте мне артериальное давление
Dottore ho bisogno a) del cotone idrofilo/ b) delle garze/ c) di bende	Доктор, мне а) нужна вата/ b) марля/ c) повязки
Dottore ho bisogno di un cerotto	Доктор, мне нужен пластырь
Dottore ho bisogno di un disinfettante	Доктор, мне нужно дезинфицирующее средство
Dottore ho bisogno di un termometro	Доктор, мне нужен термометр
Dottore vorrei una siringa	Доктор, мне нужен шприц
Dottore ho bisogno di un pacco di assorbenti igienici	Доктор, мне нужны гигиенические пакеты
Dottore ho bisogno di un pacco di pannolini per bambini	Доктор, мне нужны детские сменные пеленки
Dottore vorrei scegliere degli omogeneizzati	Доктор, хочу выбрать детское питание
Dottore ho bisogno di un dentifricio	Доктор, мне нужна зубная паста
Dottore ho bisogno di un collutorio	Доктор, мне нужно полоскание
Dottore vorrei un prodotto omeopatico	Доктор, мне нужно гомеопатическое средство
Dottore vorrei una pillola anticoncezionale	Доктор, мне нужно противозачаточное средство
Dottore vorrei un antibiotico	Доктор, мне нужен антибиотик



Antibiotico	Антибиотик
Analgesico/antidolorifico	Обезболивающее средство
Antiparassitario	Противопаразитарное средство
Assorbenti	Гигиенические пакеты
Biopsia	Биопсия
Bustine	Пакетики
Cerotto	Пластырь
Collutorio	Жидкость для полоскания
Colonscopia	Колонскопия
Compresse	Компрессы
Crema	Крем
Dentifricio	Зубная паста
Diabete	Диабет
Disinfettante	Дезинфицирующее средство
Ecografia	УЗИ
Febbre	Высокая температура
Garza	Марля
Gastroscopia	Гастроскопия
Granulato	Гранулят
Iperensione	Повышенное давление
Lassativo	Слабительное
Lavanda ginecologica	Гинекологическое промывание
Lozione	Лосьон
Mammografia	Мастография
Ovuli	Свечи
Pap-test	Пап-тест
Pomata	Мазь
Prelievo del sangue	Анализ крови
Radiografia	Рентген
Sedativo	Болеутоляющее средство
Sciroppo	Сироп
Siringa	Шприц
Supposta	Суппозиторий
Spazzolino	Щетка
Termometro	Термометр
Test di gravidanza	Проба на беременность
Tisana	Отвар
Vaccinazione	Прививка
Vaccino	Вакцина

SERBO

Guida sanitaria multilingue

per i cittadini e gli operatori sanitari

Guida all'anamnesi ed alla terapia

**SEZIONE PER IL MEDICO, FARMACISTA
OPERATORE SANITARIO**

1. PAESI D'ORIGINE - VIAGGI

- 1) Qual è il suo Paese d'origine?
- 2) Parla e capisce:
- | | | |
|-------------|-----------------------------|-----------------------------|
| a) italiano | <input type="checkbox"/> si | <input type="checkbox"/> no |
| b) inglese | <input type="checkbox"/> si | <input type="checkbox"/> no |
| c) francese | <input type="checkbox"/> si | <input type="checkbox"/> no |
- 3) Qual è stato l'ultimo Paese da lei visitato?

2. CONDIZIONI AMBIENTALI-ABITATIVE

- 1) Dove vive?
- | | | |
|-------------------------------|-----------------------------|-----------------------------|
| a) In un appartamento | <input type="checkbox"/> si | <input type="checkbox"/> no |
| b) in uno stabile abbandonato | <input type="checkbox"/> si | <input type="checkbox"/> no |
| c) all'addiaccio | <input type="checkbox"/> si | <input type="checkbox"/> no |
- 2) Convive con altre persone?
- | | |
|-----------------------------|-----------------------------|
| <input type="checkbox"/> si | <input type="checkbox"/> no |
|-----------------------------|-----------------------------|
- 3) Nella sua abitazione c'è:
- | | | |
|-------------------|-----------------------------|-----------------------------|
| a) acqua corrente | <input type="checkbox"/> si | <input type="checkbox"/> no |
| b) riscaldamento | <input type="checkbox"/> si | <input type="checkbox"/> no |
| c) bagno | <input type="checkbox"/> si | <input type="checkbox"/> no |
- 4) Nella sua abitazione ci sono animali domestici?
- | | |
|-----------------------------|-----------------------------|
| <input type="checkbox"/> si | <input type="checkbox"/> no |
|-----------------------------|-----------------------------|
- 5) Vive in:
- | | | |
|-------------|-----------------------------|-----------------------------|
| a) campagna | <input type="checkbox"/> si | <input type="checkbox"/> no |
| b) città | <input type="checkbox"/> si | <input type="checkbox"/> no |

3. DIETA

- 1) Consuma bevande alcoliche? si no
- 2) Quanti bicchieri al giorno?
- 3) Ha mangiato alimenti crudi? si no
- 4) Ha bevuto acqua non imbottigliata? si no
- 5) Ha bevuto latte fresco non confezionato? si no

4. PROFESSIONE/TEMPO LIBERO

- 1) Che lavoro svolge? a) Agricoltore/ b) muratore/ c) operaio di industria alimentare/ d) di industria tessile/ e) di industria meccanica/ f) tipografo/ g) idraulico/ h) impiegato/ i) casalinga/ l) badante/ m) imbianchino/ n) dirigente/ o) libero professionista/ p) commerciante
- 2) Il suo lavoro implica contatti con sostanze chimiche si no
- 3) Prima dell'attuale, ha svolto altri lavori? Quali?
- 4) Lavora:
- | | | |
|-----------------------|-----------------------------|-----------------------------|
| a) all'aperto | <input type="checkbox"/> si | <input type="checkbox"/> no |
| b) in ambiente chiuso | <input type="checkbox"/> si | <input type="checkbox"/> no |

Sanitarna uputstva

u više jezika za građane i sanitarne operatere

Uputstva o bolesti i terapiji

ODELJENJE ZA LECNIKA, LEKARNIKA I SANITARNOG OPERATERA

1. ZEMLJA POREKLA - PUTOVANJA

- 1) Koja je vaša zemlja porekla?
- 2) Govorite i razumijete:
 - a) talijanski da ne
 - b) engleski da ne
 - c) francuski da ne
- 3) Zadnja zemlja, koju ste posetili?

2. UVETI OKOLJA – STANA

- 1) Gde stanujete?
 - a) U apartmanu da ne
 - b) u zapuštenoj zgradi da ne
 - c) bez kuće da ne
- 2) Stanujete zajedno sa drugim osobama? da ne
- 3) U vašem stanu imate:
 - a) tekuću vodu da ne
 - b) grejanje da ne
 - c) kupatilo da ne
- 4) U vašem stanu imate domaće životinje? da ne
- 5) Živate:
 - a) na selu da ne
 - b) u gradu da ne

3. DIETA

- 1) Pijete alkoholna pića? da ne
- 2) Koliko čaša dnevno?
- 3) Jeste li pojeli nekuhanu hranu? da ne
- 4) Jeste li pili vodu ili piće, koje nije u bocama? da ne
- 5) Jeste pili sveže ne zapakovano mleko? da ne

4. PROFESIJA/SLOBODNO VREME

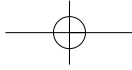
- 1) Što radite? a) Poljoprivrednik (poljoprivrednica)/ b) zidar/ c) radnik u prehrambenoj industriji/ d) tekstilnoj industriji/ e) mehaničkoj industriji/ f) tipogra/ g) vodoinstalater/ h) činovnik/ i) domaćica/ l) pružate pomoć u kući/ m) soboslikar/ n) direktor/ o) slobodan profesionalac/ p) trgovac
- 2) Za vreme rada dolazite u kontakt s kemikalija? da ne
- 3) Pre ovog rada jeste li radili druge radove? Koje?
- 4) Radite li:
 - a) na otvorenom da ne
 - b) u zatvorenom mestu da ne

5. ANAMNESI FAMILIARE - FISIOLOGICA

- 1) È sposato? si no
- 2) Convivente con un partner? si no
- 3) Ha figli? si no
- 4) Quanti?
- 5) Di che età?
- 6) I suoi familiari soffrono di malattie importanti, quali a) diabete/ b) ipertensione arteriosa/ c) malattie cardiache/ d) malattie genetiche/ e) allergie/ f) tumori/ g) tubercolosi/ h) infezione da HIV/ i) epatiti/ l) lebbra?
- 7) Fa uso o ha fatto uso di sostanze stupefacenti? si no

6. ANAMNESI GINECOLOGICA

- 1) A quanti anni ha avuto le prime mestruazioni?
- 2) Ha avuto gravidanze: a) normali si no
b) complicate si no
c) aborti si no
- 3) Ritiene di essere in gravidanza? si no
- 4) Data delle ultime mestruazioni
- Gennaio
- Febbraio
- Marzo
- Aprile
- Maggio
- Giugno
- Luglio
- Agosto
- Settembre 1 - 7
- Ottobre 8 - 14
- Novembre 15 - 21
- Dicembre 22 - 31
- 5) È in menopausa? si no
- 6) Da quanti anni?
- 7) Ha dolori mestruali? si no
- 8) Ha perdite intermestruali? si no
- 9) Ha prurito vaginale? si no
- 10) Ha dolore durante i rapporti sessuali? si no
- 11) Sta allattando? si no
- 12) Prende la pillola? si no
- 13) Assume farmaci per la menopausa? si no
- 14) Le è stata posizionata una spirale (IUD)? si no
- 15) Ha fatto un pap test? si no
- 16) Quando?
- 17) Ha fatto una mammografia? si no
- 18) Quando?



5. BOLESTI U FAMILIJI - FIZIOLOŠKE

- 1) Jeste li oženjeni (udati) da ne
- 2) Živate li zajedno s partnerom (partnericom)? da ne
- 3) Imate decu? da ne
- 4) Koliko dece?
- 5) Koliko godina imaju?
- 6) Imaju li Vaši roditelji neke posebne bolesti, kao što su: a) šećerna bolest/
b) povećan krvni tlak/ c) srčane bolesti/d) genetske bolesti/ e) alergije/ f) rak/
g) tuberkulozu/h) HIV infekcije/i) upalu jetra/ l) gubu?
- 7) Jeste li upotrebljavali ili upotrebljavate opojna sredstva? da ne

6. GINEKOLOŠKE BOLESTI

- 1) U kojoj ste godini imali prve menstruacije?
- 2) Jeste bila trudna: a) trudnoća je bila normalna da ne
b) trudnoća je bila komplicirana da ne
c) abortirala ste da ne
- 3) Mislite da ste u nosećem stanju? da ne
- 4) Kad ste imali zadnje menstruacije?
- Janura
- Februar
- Mart
- Maj
- Juni
- Juli
- August
- Septembar 1 - 7
- Oktobar 8 - 14
- Novembar 15 - 21
- Decembar 22 - 31
- 5) Jeste li u menopauzi? da ne
- 6) Koliko godina je prošlo?
- 7) Imate menstrualne bolove da ne
- 8) Gubitke između jedne i druge menstruacije? da ne
- 9) Svrbež vagine? da ne
- 10) Imate li bolove za vreme seksualnih odnosa? da ne
- 11) Dojite li dete? da ne
- 12) Uzimate li pilulu? da ne
- 13) Uzimate li lekove za menopauzu? da ne
- 14) Jeste li ikad primili spiralnu (IUD)? da ne
- 15) Jeste li učinili ginekološki pregled da ne
- 16) Kada?
- 17) Jeste li ikada izvršili test dojki? da ne
- 18) Kada?

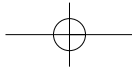
7. ANAMNESI PATOLOGICA/INTERVISTA AL PAZIENTE

- 1) Ha con se documentazione medica di a) visite/ b) ricoveri/ c) interventi chirurgici/ d) esami del sangue/ e) esami strumentali?
- 2) Ha subito: a) interventi chirurgici si no
 b) infortuni sul lavoro si no
 c) infortuni a domicilio si no
- 3) Da bambino ha avuto: a) la varicella si no
 b) il morbillo si no
 c) la rosolia si no
 d) gli orecchioni si no
 e) la scarlattina si no
 f) il reumatismo articolare acuto si no
- 4) Soffre di: a) asma si no
 b) malattie allergiche b1) respiratorie/
 b2) alimentari/ b3) della pelle?
- 5) Ha contratto: a) la tubercolosi si no
 b) l'epatite si no
 c) l'infezione da HIV si no
 d) la lebbra si no
- 6) Ha mai avuto tumori? si no
- 7) Ha mai fatto radioterapia o chemioterapia? si no
- 8) Ha mai ricevuto trasfusioni di sangue? si no
- 9) Se si, dove e quando è stato trasfuso?
- 10) Soffre di malattie del sangue? si no
- 11) Soffre di emofilia? si no
- 12) Perde sangue con: a) le feci si no
 b) urine si no
 c) dal naso si no
 d) dai genitali si no
 e) mentre tossisce si no
- 13) Ha il diabete? si no
- 14) Soffre di malattie: a) della tiroide si no
 b) del surrene si no
 c) dell'ipofisi si no
- 15) Soffre di malattie del rene? si no
- 16) È in dialisi? si no
- 17) Soffre di malattie: a) dello stomaco si no
 b) del fegato si no
 c) dell'intestino si no
- 18) Soffre di malattie croniche respiratorie? si no
- 19) Ha la pressione: a) alta si no
 b) bassa si no
- 20) Soffre di malattie del cuore? dei vasi sanguigni?
 a) infarto si no
 b) angina si no

7. PATOLOŠKE BOLESTI/INTERVJU BOLESNIKA

- 1) Imate li sa sobom lečničko dokumentaciju a) o pregledima/ b) o smeštaju u bolnici/ c) kirurških zahvata/ d) ispitivanja krvi/ e) instrumentalnih ispita?
- 2) Jeste li imali: a) kirurške zahvate da ne
b) nesreće na poslu da ne
c) nesreće kod kuće? da ne
- 3) Kao dete jeste li imali: a) male boginje da ne
b) ospice da ne
c) dečje osipe da ne
d) zaušnjake da ne
e) šarlah da ne
f) jak reumatizam zglobova da ne
- 4) Bolujete li od: a) astme da ne
b) alergičnih bolesti b1) disanja/
b2) prehrane/ b3) kože?
- 5) Jeste li imali: a) tuberkulozu da ne
b) upalu jetara da ne
c) HIV infekciju da ne
d) gubu da ne
- 6) Jeste li imali rak? da ne
- 7) Jeste li ikada pravili radio ili kemijsku terapiju? da ne
- 8) Jeste li ikada izvršili transfuziju krvi? da ne
- 9) Gdje i kada ste učinili transfuziju?
- 10) Imate li krvne bolesti? da ne
- 11) Imale li krvarenje? da ne
- 12) Gubite li krv zajedno s: a) izmetima da ne
b) urinom da ne
c) iz nosa da ne
d) iz spolnih organa da ne
c) dok kašljete da ne
- 13) Imate li šećernu bolest? da ne
- 14) Patite li od: a) štitnjače da ne
b) imate bubrene bolove da ne
c) od hipofize da ne
- 15) Patite li od bubrega? da ne
- 16) Jeste li pod dializom? da ne
- 17) Patite li bolesti: a) želudca da ne
b) jetara da ne
c) creva da ne
- 18) Imate li kronične bolesti disanja? da ne
- 19) Vaš pritisak je: a) visok da ne
b) nizak da ne
- 20) Imate li srčane bolesti? krvnih žila?
a) infarkt da ne
b) anginu da ne

- 21) È portatore di:
- a) protesi valvolari si no
 - b) pacemaker si no
 - c) defibrillatore si no
- 22) Ha disturbi intestinali?
- a) diarrea si no
 - b) stitichezza si no
- 23) Ha:
- a) dolori addominali si no
 - b) nausea si no
 - c) vomito si no
- 24) Ha quando urina:
- a) bruciore si no
 - b) dolore si no
 - c) difficoltà si no
- 25) Ha disturbi dell'erezione?
- 26) Deglutisce con difficoltà?
- 27) Rigurgita il cibo?
- 28) È recentemente:
- a) diminuito si no
 - b) aumentato di peso si no
- 29) Quanto e in quanto tempo?
- 30) Ha febbre? si no
- 31) Quanta?
- 32) Quando?
- 33) Ha notato a) ingrossamento/ b) dolore delle ghiandole?
- c) collo si no
 - d) inguine si no
 - e) ascelle si no
- 34) Si sente stanco?
- 35) Soffre o ha sofferto di qualche malattia della pelle?
- 36) Ha sulla pelle:
- a) prurito si no
 - b) bruciore si no
- 37) Dove è localizzato?
- 38) Ha disturbi della:
- a) vista si no
 - b) udito si no
- 39) Soffre di:
- a) mal di denti si no
 - b) di gola si no
- 40) Ha:
- a) dolore al torace si no
 - b) tosse si no
 - c) catarro si no
- 41) Ha dolori:
- a) articolari si no
 - b) muscolari si no
- 42) Localizzati dove?
- 43) Soffre di mal di testa?
- 44) Soffre di:
- a) ansia si no
 - b) depressione si no
 - c) variazioni dell'umore si no



- 21) Nosi: c) aritmiju da ne
d) srčane ventile da ne
e) pacemaker da ne
f) de-fibrilator da ne
- 22) Imate li smetnje u crevima: a) diareju da ne
b) tvrdu stolicu da ne
- 23) Imate li: a) bolove u trbuhu da ne
b) gađenje da ne
c) povraćanje da ne
- 24) Imate li kod pišanja: a) žgaravicu da ne
b) bolove da ne
c) poteškoće da ne
- 25) Imate poteškoće u nabreknuću? da ne
- 26) Gutate li poteškoćom? da ne
- 27) Povraćate li hranu? da ne
- 28) Je ste li nedavno težinu: a) smanjili da ne
b) povećali da ne
- 29) Koliko kilograma i u koliko vreme?
- 30) Imate li groznicu? da ne
- 31) Koliko visoku?
- 32) Od kada?
- 33) Jeste li opazili a) povećanje žlezda/ b) bolove žlezda na:
c) vratu da ne
d) na preponi da ne
e) pod pazuhom da ne
- 34) Osećate li se umorni?
- 35) Patite ili ste patili od kakve kožne bolesti? da ne
- 36) Imate li: a) svrbež da ne
b) peče vas koža da ne
- 37) Gde vas peče?
- 38) Imate li smetnje na: a) očima da ne
b) sluhu da ne
- 39) Imate li bolove na: a) zubima da ne
b) u grlu da ne
- 40) Imate li bolove u: a) prsnom košu da ne
b) kašalj da ne
c) katar da ne
- 41) Imate li bolove u: a) zglobovima da ne
b) mišicama da ne
- 42) Gde se nalaze?
- 43) Boli vas glava? da ne
- 44) Patite li od: a) zabrinutosti da ne
b) depresija da ne
c) menjate brzo vaše raspoloženje da ne

- 45) Ha subito: a) interventi chirurgici si no
b) ricoveri in ospedale si no
- 46) Quando e in quale ospedale?
- 47) Ha subito: a) traumi si no
b) incidenti stradali si no
c) è stato ferito si no
d) le sono stati dati punti di sutura si no
- 48) È stato: a) ingessato si no
b) immobilizzato si no
- 49) Ha difficoltà: a) a muoversi si no
b) a camminare si no
c) mantenere l'equilibrio si no
- 50) Ha difficoltà: a) a parlare si no
b) pronunciare le parole si no
c) capire quello che le viene detto si no
- 51) Ha disturbi della memoria? si no
- 52) Ha notato agli arti: a) gonfiore si no
b) dolore si no
c) pallore si no
d) cianosi si no
- 53) Ha difficoltà: a) a respirare a riposo si no
b) mentre cammina si no
c) mentre corre si no
d) mentre sale le scale si no
- 54) Quanti cuscini usa quando dorme?
- 55) Ha avuto rapporti sessuali: a) occasionali si no
b) omosessuali si no
- 56) È stato sottoposto a trapianto di organo? si no
- 57) È portatore di handicap fisico psichico, sensoriale? si no
- 58) Le persone che vivono con lei hanno o hanno avuto gli stessi sintomi? si no

8. VISITA MEDICA

- 1) a) Si spogli/ b) si vesta
- 2) Si metta sul lettino a) seduto/ b) sdraiato/ c) supino/ d) prono/
e) sul fianco destro/ f) sul fianco sinistro/ g) in piedi
- 3) Le misuro a) la pressione/ b) il polso/ c) la febbre
- 4) a) Apra/ b) chiuda la bocca
- 5) a) Respiri/ b) non respiri/ c) tossisca / d) lasci la pancia morbida
- 6) Fa male? si no
- 7) Sente? si no
- 8) Non sente? si no
- 9) Stringa la mia mano
- 10) Mantenga sollevata a) la gamba/ b) il braccio
- 11) Chiuda gli occhi

- 45) Jeste imali: a) kirurške pothvate da ne
 b) smeštaj u bolnici da ne
- 46) Kad i u kojoj bolnici?
- 47) Jeste imali: a) traume da ne
 b) incidente na putima da ne
 c) Jeste bili ranjeni da ne
 d) Jeste li zadobili šavove da ne
- 48) Jeste li bili: a) u gipsu da ne
 b) nepokretni da ne
- 49) Imate li poteškoću: a) kretati se da ne
 b) hodati da ne
 c) održavati ravnotežu da ne
- 50) Imate li poteškoću: a) govoriti da ne
 b) izgovarati reči da ne
 c) razumeti to što se vama kaže? da ne
- 51) Imate li smetnje memorije? da ne
- 52) Jeste li primetili delovima tijela: a) otekline da ne
 b) bol da ne
 c) bljedoću da ne
 d) modrenicu na krajnjim da ne
- 53) Imate li poteškoće: a) disanja za vreme odmora da ne
 b) dok hodate da ne
 c) dok trčite da ne
 d) dok idete gore po stepenicama da ne
- 54) Koliko jastuka imate za vreme spavanja?
- 55) Jeste imali prigodne seksualne odnose: a) prigodne da ne
 b) homoseksualne da ne
- 56) Jeste li bili podloženi presađivanju organa? da ne
- 57) Imate li fizički, psihički ili osetni handicap? da ne
- 58) Osobe, koje živu s vama jesu imale iste simptome? da ne

8. LEŌ NIŌ KI PREGLED

- 1) Skinite a) odeću/ b) obucite se
- 2) Sednite na a) krevetić/ b) legnite/ c) legnite na leđa/ d) nagnite se/
 e) na desnu stranu/ f) na levu stranu/ g) stanite na noge
- 3) Izmerit ću vama a) pritisak/ b) kucanje srca/ c) temperaturu
- 4) a) Otvorite/ b) zatvorite usta
- 5) a) Dišite/ b) ne dišite/ c) kašljete/ d) opustite se da bude stomak mekan
- 6) Boli vas? da ne
- 7) Osećate li bol? da ne
- 8) Ne osećate ništa? da ne
- 9) Stisnite moju ruku!
- 10) Ostavite podignutu a) nogu/ b) ruku
- 11) Zatvorite oči

- 12) Cammini 7 passi a) avanti/ b) indietro
 13) A casa misuri a) la temperatura/ b) la pressione
 14) Torni al controllo il giorno

9. RICHIESTA DI ESAMI DEL SANGUE/STRUMENTALI

- 1) Le è stata concessa qualche esenzione per patologia o per reddito? si no
 2) Ha una pensione di invalidità? si no
 3) Ha un'esenzione per invalidità civile? si no
 4) Ha un'assicurazione? si no
 5) Deve fare degli esami a) del sangue/ b) delle urine/ c) delle feci
 6) Deve fare una a) radiografia/ b) ecografia/ c) TAC/ d) RMN/
 e) elettrocardiogramma/ f) ecocardiogramma/ g) ecocolordoppler/
 h) gastroscopia/ i) colonscopia
 7) Deve prenotare una visita specialistica/ a) infettivologica/ b) cardiologica/
 c) ortopedica/ d) neurologica/ e) ginecologica/ f) dermatologica/
 g) otorinolaringoiatrica/ h) chirurgica/ i) pediatrica/ l) oculistica/
 m) odontoiatrica/ n) ematologica/ o) urologica
 8) Prenoti una a) prima visita/ b) visita di controllo/ c) visita urgente presso
 9) Deve andare in pronto soccorso
 10) Deve essere ricoverato in ospedale
 11) Deve fare a) terapia riabilitativa/ b) terapia fisica
 (c) ionoforesi/ d) massaggi/ e) tens/ f) trazioni/ g) infiltrazioni)

10. FARMACI/VACCINI

- 1) Usa abitualmente farmaci? si no
 2) Quali?
 3) Per quale malattia?
 4) Da quanto tempo ha sospeso le medicine?
 5) Ha una lista completa dei farmaci che usa? si no
 6) È in terapia: a) anticoagulante si no
 b) chemioterapica si no
 7) Fa uso di prodotti omeopatici o erbe medicinali? si no
 8) Quali?
 9) Da quanto tempo?
 10) Si è sottoposto a qualche vaccinazione? si no
 11) Quando?
 12) Quale?
 13) Ha mai avuto reazioni allergiche da farmaci? si no
 14) Per quali farmaci?
 15) Quando?

11. PRESCRIZIONI TERAPEUTICHE

Le prescrivo di:

- 1) assumere per bocca a) compresse/ b) pastiglie/ c) gocce/ d) capsule/
 e) cucchiari di sciroppo

- 12) Idite 7 koraka a) napred/ b) nazad
 13) Kod kuće merite li a) temperaturu/ b) pritisak
 14) Molim vas, vratite se na kontrolu dana

9. ZAHTEV PO ISPITIVANJU KRVI / INSTRUMENTALNO ISPITIVANJE

- 1) Da li ste oslobođeni uplate radi patologije ili radi dohotka? da ne
 2) Imate li invalidsku penziju? da ne
 3) Jeste li oslobođeni platiti sanitarne usluge radi civilne invalidnosti? da ne
 4) Imate li osiguranje? da ne
 5) Morate mi doneti ispite a) krvi/ b) urine/ c) izmetina
 6) Morate mi doneti a) radiografiju/ b) ekografiju/ c) TAC/ d) RMN/
 e) elektrokardiogram/ f) eko-kolor-dopler/ g) gastroskopiju/ h) ispitivanje/
 i) debelog creva
 7) Morate rezervirati specialistički pregled radi a) infekcija/ b) srca/
 c) ortopedski/ d) neurološk/ e) ginekološki/ f) dermatološk/ g) pregled uha
 nosa i grla/ h) kirurški/ i) pedijatrijski/ l) pregled oči/ m) pregled zubi/
 n) hematološki/ o) urološki
 8) Rezervirajte a) prvi pregled/ b) kontrolni pregled/ c) urgentni pregled kod
 9) Morate ići kod prve pomoći
 10) Morate ići u bolnicu
 11) Morate izvršiti a) terapiju rehabilitacije/ b) fizičku terapiju (c) ionoforezi/
 d) masažu/ e) TENS/ f) protezanja/ g) infiltriranja)

10. LEKOVI/CEPIVO

- 1) Obično upotrebljavate lekove? da ne
 2) Koje?
 3) Za koju bolest?
 4) Koliko vreme već ne uzimate lekove?
 5) Imate li kompletan popis lekova koje uzimate? da ne
 6) Jeste li pod: a) terapijom zgrušavanja krvi da ne
 b) pod kemijskom terapijom da ne
 7) Upotrebljavate li homeopatske ili biljne lekove? da ne
 8) Koje?
 9) Koliko vremena?
 10) Da li ste izvršili kakvo cepljenje? da ne
 11) Kada?
 12) Koje vrste?
 13) Jeste li alergični na lekove? da ne
 14) Protiv kojih lekova?
 15) Kada?

11. TERAPEUTSKI PROPISI

Prepisujem lekove:

- 1) Uzimajte preko usta a) tablete/ b) pastilije/ c) kapljice/ d) kapsule/
 e) malenu žličicu sirupa

- 2) fare sciacqui con
- 3) fare impacchi con
- 4) fare bagni con
- 5) fare a) aerosol/ b) inalazioni con
- 6) fare iniezioni a) intramuscolo/ b) endovena/ c) sottocute
- 7) fare sciogliere a) compresse effervescenti/ b) bustine/ c) fiale/ d) polvere
- 8) applicare – spalmare a) crema/ b) pomata/ c) tintura/ d) soluzione
- 9) introdurre a) supposta/ b) candeletta vaginale/ c) ovulo vaginale

Il farmaco deve essere somministrato:

- 10) a) ogni giorno/ b) a giorni alterni/ c) una volta - d) due volte - alla settimana/
e) al bisogno
- 11) a) alla mattina/ b) alla sera/ c) al pomeriggio/ d) alla stessa ora/
e) mattina e sera
- 12) mattina, pomeriggio e sera
- 13) a) prima di/ b) dopo/ c) a stomaco pieno/ d) a digiuno
- 14) a) per ... giorni/ b) per ... settimane/ c) per ... mesi/ d) per sempre

Per questa ricetta in farmacia:

- a) non pagherà nulla
- b) pagherà un ticket
- c) pagherà il prezzo intero

12. CERTIFICATI

- 1) Le compilo un certificato:
 - a) di buona salute
 - b) assicurativo
 - c) per indennità di malattia
 - d) per attività sportiva
 - e) per infortunio sul lavoro e1) primo/
e2) continuativo/ e3) di chiusura

- 2) Pravite ispiranja sa
- 3) Pravite vlažne obloge
- 4) Pravite kupanja sa
- 5) Pravite a) aerosol/ b) inhalacije sa
- 6) Pravite injekcije a) u mišić/ b) u venu/ c) pod kožu
- 7) Rastopite a) efervescentne tablete/ b) vrećicu/ c) ampulo/ d) prašak
- 8) Primenite – premažite a) kremu/ b) pomadu/ c) boju/ d) rastopinu
- 9) Umetnite si a) supozitorij/ b) svećicu za vagin/ c) jaješce vagine

Lek morate uzeti:

- 10) a) Svaki dan/ b) svaki drugi dan/ c) jedan puta - d) dva puta–sedmično/ e) po potrebi
- 11) a) Ujutro/ b) naveč/ c) posle podne/ d) u isti sat/ e) ujutro i naveče, posle podne i naveče
- 12) Ujutro, posle podne i navečer
- 13) a) Pre/ b) posle/ c) kod praznog želudca/ d) natašte
- 14) a) Za ... dan/ b) za ... sedmicu/ c) za ... mesec/ d) zauvijek

Odnosite ovaj recept u farmaciju:

- a) nećete ništa platiti
- b) platit ćete tiket
- c) platit ćete celu cenu

12. POTVRDE

1) Ispunit ću vama potvrdu:

- a) da ste zdravi
- b) za osiguranje
- c) da možete tražiti naknadu za vreme bolovanja
- d) za športsku aktivnost
- e) za nesreću na poslu e1) za prve dane bolovanja/ e2) za neprekidno bolovanje/ e3) za zatvaranje bolovanja

Dottore ho dolore alla testa	Doktor boli me glava
Dottore mi bruciano gli occhi	Doktor peču me oči
Dottore ho dolore alla gola	Doktor boli me grlo
Dottore ho dolore ai denti	Doktor bole me zubi
Dottore ho mal d'orecchio	Doktor boli me uho
Dottore ho il raffreddore	Doktor prehladen sam
Dottore mi esce sangue dal naso	Doktor krv mi izlazi iz nosa
Dottore ho la febbre	Doktor imam temperaturu
Dottore ho la tosse, vorrei uno sciroppo	Doktor kašljem, treba mi sirup
Dottore ho le vertigini	Doktor vrti mi se
Dottore ho mal di stomaco	Doktor boli me stomak
Dottore ho la diarrea	Doktor imam dijareju
Dottore ho mal di pancia	Doktor boli me trbuh
Dottore ho dolore a) alla schiena/ b) al braccio/ c) alla mano/ d) al piede/ e) al ginocchio/ f) alla caviglia	Doktor bole me a) leđa/ b) ruka/ c) ekstremitete ruke/ d) noža/ e) koljeno/ f) gležanj
Dottore mi sono ustionato	Doktor imam opekotine
Dottore mi sono scottato al sole	Doktor imam opekotine sunca
Dottore ho rotto la dentiera	Doktor slomio sam veštačko zubalo
Dottore ho bisogno di un antinevralgico	Doktor treba mi lek protiv neuralgija
Dottore ho il naso chiuso	Doktor nos mi je zatvoren
Dottore vorrei un lassativo	Doktor treba mi lek za čišćenje
Dottore vorrei un collirio	Doktor želio bih kolirij
Dottore vorrei qualcosa per i dolori mestruali	Doktor želio bih lek protiv menstruacije
Dottore soffro di a) mal d'auto/ b) aereo	Doktor ne podnosim a) automobil/ b) avion
Dottore come si prende questo medicinale?	Doktor kako se upotrebljava ovaj lek?
Dottore quante volte al giorno?	Doktor koliko puta na dan?
Dottore ho una puntura di insetto	Doktor ubodio me je insekt
Dottore ho le vene varicose, vorrei una pomata	Doktor imam proširene vene, željela/želio bih pomadu
Dottore vorrei qualcosa contro le zanzare	Doktor željela/želio bih nešto protiv komaraca
Dottore vorrei provare la pressione arteriosa	Doktor želim da mi kontrolirate pritisak arterija
Dottore ho bisogno a) del cotone idrofilo/ b) delle garze/ c) di bende	Doktor treba mi a) vata/ b) gaza/ c) povoj
Dottore ho bisogno di un cerotto	Doktor treba mi flaster
Dottore ho bisogno di un disinfettante	Doktor treba mi raskužno sredstvo
Dottore ho bisogno di un termometro	Doktor treba mi termometar
Dottore vorrei una siringa	Doktor treba mi špric
Dottore ho bisogno di un pacco di assorbenti igienici	Doktor treba mi paket higijenskih uložaka
Dottore ho bisogno di un pacco di pannolini per bambini	Doktor treba mi paket platna za decu (panolina)
Dottore vorrei scegliere degli omogeneizzati	Doktor htjela bih odabrati homogenizirana jela za deca
Dottore ho bisogno di un dentifricio	Doktor treba mi pastu za zube
Dottore ho bisogno di un collutorio	Doktor treba mi voda za ispiranje zuba
Dottore vorrei un prodotto omeopatico	Doktor želim homeopatski proizvod
Dottore vorrei una pillola anticoncezionale	Doktor želim anti-koncepcijsku pilulu
Dottore vorrei un antibiotico	Doktor želim antibiotik

Antibiotico	Antibiotično sredstvo
Analgesico/antidolorifico	Analgetik/ublažuje bolove
Antiparassitario	Protiv parazitskih insekta
Assorbenti	Higijenski uložci
Biopsia	Biopsija
Bustine	Navlake
Cerotto	Flaster
Collutorio	Voda za ispiranje usta
Colonscopia	Pregled debelog creva (kolonoskopija)
Compresse	Tablete
Crema	Krem
Dentifricio	Pasta za zube
Diabete	Šećerna bolest
Disinfettante	Dezinfekcijsko sredstvo
Ecografia	Ekografija
Febbre	Temperatura
Garza	Gaza
Gastroscofia	Gastroskopija/ pregled želuca
Granulato	Granulat/u zncima
Ipertensione	Povišen pritisak
Lassativo	Lijek za čišćenje/ laksativ
Lavanda ginecologica	Sredstvo za ginekološko ispiranje
Lozione	Sredstvo za ispiranje
Mammografia	Mamografija, rendgenski pregled dojki
Ovuli	Jajna ćelija
Pap-test	Pap-test (test rodnice)
Pomata	Pomada
Prelievo del sangue	Uzimanje krvi
Radiografia	Radiografija
Sedativo	Umirujuće sredstvo/sedativ
Sciroppo	Sirup
Siringa	Špric
Supposta	Supozitorija
Spazzolino	Četkica za zube
Termometro	Termometar
Test di gravidanza	Test trudnoće
Tisana	Uvarak
Vaccinazione	Cepljenje
Vaccino	Cepivo

SPAGNOLO

Guida sanitaria multilingue

per i cittadini e gli operatori sanitari

Guida all'anamnesi ed alla terapia

**SEZIONE PER IL MEDICO, FARMACISTA
OPERATORE SANITARIO**

1. PAESI D'ORIGINE - VIAGGI

- 1) Qual è il suo Paese d'origine?
- 2) Parla e capisce:
- | | | |
|-------------|-----------------------------|-----------------------------|
| a) italiano | <input type="checkbox"/> si | <input type="checkbox"/> no |
| b) inglese | <input type="checkbox"/> si | <input type="checkbox"/> no |
| c) francese | <input type="checkbox"/> si | <input type="checkbox"/> no |
- 3) Qual è stato l'ultimo Paese da lei visitato?

2. CONDIZIONI AMBIENTALI-ABITATIVE

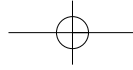
- 1) Dove vive?
- | | | |
|-------------------------------|-----------------------------|-----------------------------|
| a) In un appartamento | <input type="checkbox"/> si | <input type="checkbox"/> no |
| b) in uno stabile abbandonato | <input type="checkbox"/> si | <input type="checkbox"/> no |
| c) all'addiaccio | <input type="checkbox"/> si | <input type="checkbox"/> no |
- 2) Convive con altre persone?
- | | | |
|-------------------|-----------------------------|-----------------------------|
| a) acqua corrente | <input type="checkbox"/> si | <input type="checkbox"/> no |
| b) riscaldamento | <input type="checkbox"/> si | <input type="checkbox"/> no |
| c) bagno | <input type="checkbox"/> si | <input type="checkbox"/> no |
- 4) Nella sua abitazione ci sono animali domestici?
- | | | |
|-------------|-----------------------------|-----------------------------|
| a) campagna | <input type="checkbox"/> si | <input type="checkbox"/> no |
| b) città | <input type="checkbox"/> si | <input type="checkbox"/> no |

3. DIETA

- 1) Consuma bevande alcoliche? si no
- 2) Quanti bicchieri al giorno?
- 3) Ha mangiato alimenti crudi? si no
- 4) Ha bevuto acqua non imbottigliata? si no
- 5) Ha bevuto latte fresco non confezionato? si no

4. PROFESSIONE/TEMPO LIBERO

- 1) Che lavoro svolge? a) Agricoltore/ b) muratore/ c) operaio di industria alimentare/ d) di industria tessile/ e) di industria meccanica/ f) tipografo/ g) idraulico/ h) impiegato/ i) casalinga/ l) badante/ m) imbianchino/ n) dirigente/ o) libero professionista/ p) commerciante
- 2) Il suo lavoro implica contatti con sostanze chimiche si no
- 3) Prima dell'attuale, ha svolto altri lavori? Quali?
- 4) Lavora:
- | | | |
|-----------------------|-----------------------------|-----------------------------|
| a) all'aperto | <input type="checkbox"/> si | <input type="checkbox"/> no |
| b) in ambiente chiuso | <input type="checkbox"/> si | <input type="checkbox"/> no |



Guía sanitaria multilingue para ciudadanos y asistentes sanitarios

Guía a la anamnesia y a la terapia

SECCIÓN DIRIGIDA AL MÉDICO, AL FARMACÉUTICO Y AL ASISTENTE SANITARIO

1. PAÍS DE ORIGEN – VIAJES

- 1) Cuál es su país de origen?
- 2) Habla y entiende:
- | | | |
|-------------|-----------------------------|-----------------------------|
| a) italiano | <input type="checkbox"/> sí | <input type="checkbox"/> no |
| b) inglés | <input type="checkbox"/> sí | <input type="checkbox"/> no |
| c) francés? | <input type="checkbox"/> sí | <input type="checkbox"/> no |
- 3) Cuál ha sido el último país en el que ha estado?

2. CONDICIONES AMBIENTALES – HABITATIVAS

- 1) Dónde vive?
- | | | |
|------------------------------|-----------------------------|-----------------------------|
| a) En un apartamento | <input type="checkbox"/> sí | <input type="checkbox"/> no |
| b) en un edificio abandonado | <input type="checkbox"/> sí | <input type="checkbox"/> no |
| c) a la intemperie | <input type="checkbox"/> sí | <input type="checkbox"/> no |
- 2) Vive con otras personas?
- 3) En su casa tiene:
- | | | |
|-------------------|-----------------------------|-----------------------------|
| a) agua corriente | <input type="checkbox"/> sí | <input type="checkbox"/> no |
| b) calefacción | <input type="checkbox"/> sí | <input type="checkbox"/> no |
| c) baño | <input type="checkbox"/> sí | <input type="checkbox"/> no |
- 4) Tiene animales domésticos en su casa?
- 5) Vive en:
- | | | |
|------------------|-----------------------------|-----------------------------|
| a) el campo | <input type="checkbox"/> sí | <input type="checkbox"/> no |
| b) en la ciudad? | <input type="checkbox"/> sí | <input type="checkbox"/> no |

3. DIETA

- 1) Toma bebidas alcohólicas? sí no
- 2) Cuántos vasos al día?
- 3) Ha comido alimentos crudos? sí no
- 4) Ha bebido agua no embotellada? sí no
- 5) Ha bebido leche fresca no confeccionada? sí no

4. PROFESIÓN/TIEMPO LIBRE

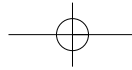
- 1) A qué se dedica? a) Agricultor/ b) albañil/ c) empleado en la industria de la alimentación/ d) industria textil/ e) industria mecánica/ f) tipógrafo/ g) fontanero/ h) empleado/ i) ama de casa/ l) cuidadora de ancianos o niños/ m) pintor/ n) dirigente/ o) profesionalista autónomo/ p) comerciante
- 2) En su trabajo está en contacto con sustancias químicas? sí no
- 3) Ha realizado otros trabajos antes del actual trabajo? Qué trabajos?
- 4) Trabaja:
- | | | |
|------------------------|-----------------------------|-----------------------------|
| a) al aire libre | <input type="checkbox"/> sí | <input type="checkbox"/> no |
| b) en ambiente cerrado | <input type="checkbox"/> sí | <input type="checkbox"/> no |

5. ANAMNESI FAMILIARE - FISIOLOGICA

- 1) È sposato? sì no
- 2) Convivente con un partner? sì no
- 3) Ha figli? sì no
- 4) Quanti?
- 5) Di che età?
- 6) I suoi familiari soffrono di malattie importanti, quali a) diabete/ b) ipertensione arteriosa/ c) malattie cardiache/ d) malattie genetiche/ e) allergie/ f) tumori/ g) tubercolosi/ h) infezione da HIV/ i) epatiti/ l) lebbra?
- 7) Fa uso o ha fatto uso di sostanze stupefacenti? sì no

6. ANAMNESI GINECOLOGICA

- 1) A quanti anni ha avuto le prime mestruazioni?
- 2) Ha avuto gravidanze: a) normali sì no
b) complicate sì no
c) aborti sì no
- 3) Ritiene di essere in gravidanza? sì no
- 4) Data delle ultime mestruazioni
- Gennaio
- Febbraio
- Marzo
- Aprile
- Maggio
- Giugno
- Luglio
- Agosto
- Settembre 1 - 7
- Ottobre 8 - 14
- Novembre 15 - 21
- Dicembre 22 - 31
- 5) È in menopausa? sì no
- 6) Da quanti anni?
- 7) Ha dolori mestruali? sì no
- 8) Ha perdite intermestruali? sì no
- 9) Ha prurito vaginale? sì no
- 10) Ha dolore durante i rapporti sessuali? sì no
- 11) Sta allattando? sì no
- 12) Prende la pillola? sì no
- 13) Assume farmaci per la menopausa? sì no
- 14) Le è stata posizionata una spirale (IUD)? sì no
- 15) Ha fatto un pap test? sì no
- 16) Quando?
- 17) Ha fatto una mammografia? sì no
- 18) Quando?

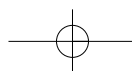
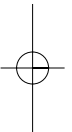
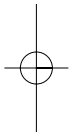


5. ANAMNESIA FAMILIAR - FISIOLÓGICA

- 1) Está casado? sí no
- 2) Convive con un partner? sí no
- 3) Tiene hijos? sí no
- 4) Cuántos?
- 5) De qué edad?
- 6) Sus familiares padecen enfermedades importantes como a) diabetes/
b) hipertensión arterial/ c) enfermedades cardiacas/ d) enfermedades
genéticas/ e) alergias/ f) tumores/ g) tuberculosos/h) infección por HIV/
i) hepatitis/ l) lepra?
- 7) Toma o ha tomado sustancias estupefacientes? sí no

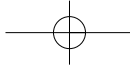
6. ANAMNESIA GINECOLÓGICA

- 1) A que edad ha tenido las primeras menstruaciones?
- 2) Ha tenido embarazos:
 - a) normales sí no
 - b) complicados sí no
 - c) con aborto? sí no
- 3) Cree que puede estar embarazada? sí no
- 4) Fecha de las últimas menstruaciones
- Enero
- Febrero
- Marzo
- Abril
- Mayo
- Junio
- Julio
- Agosto
- Septiembre 1 - 7
- Octubre 8 - 14
- Noviembre 15 - 21
- Diciembre 22 - 31
- 5) Está en menopausia? sí no
- 6) Desde hace cuánto tiempo?
- 7) Padece de dolores menstruales? sí no
- 8) Tiene pérdidas entre menstruaciones? sí no
- 9) Sufre de picores vaginales? sí no
- 10) Siente dolores durante sus relaciones sexuales? sí no
- 11) Está amamantando? sí no
- 12) Toma la píldora? sí no
- 13) Toma medicinas para la menopausia? sí no
- 14) Se ha puesto la espiral (IUD)? sí no
- 15) Se ha hecho un pap test? sí no
- 16) Cuándo?
- 17) Se ha hecho una mamografía? sí no
- 18) Cuándo?



7. ANAMNESI PATOLOGICA/INTERVISTA AL PAZIENTE

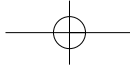
- 1) Ha con se documentazione medica di a) visite/ b) ricoveri/ c) interventi chirurgici/ d) esami del sangue/ e) esami strumentali?
- 2) Ha subito: a) interventi chirurgici si no
 b) infortuni sul lavoro si no
 c) infortuni a domicilio si no
- 3) Da bambino ha avuto: a) la varicella si no
 b) il morbillo si no
 c) la rosolia si no
 d) gli orecchioni si no
 e) la scarlattina si no
 f) il reumatismo articolare acuto si no
- 4) Soffre di: a) asma si no
 b) malattie allergiche b1) respiratorie/
 b2) alimentari/ b3) della pelle?
- 5) Ha contratto: a) la tubercolosi si no
 b) l'epatite si no
 c) l'infezione da HIV si no
 d) la lebbra si no
- 6) Ha mai avuto tumori? si no
- 7) Ha mai fatto radioterapia o chemioterapia? si no
- 8) Ha mai ricevuto trasfusioni di sangue? si no
- 9) Se si, dove e quando è stato trasfuso?
- 10) Soffre di malattie del sangue? si no
- 11) Soffre di emofilia? si no
- 12) Perde sangue con: a) le feci si no
 b) urine si no
 c) dal naso si no
 d) dai genitali si no
 e) mentre tossisce si no
- 13) Ha il diabete? si no
- 14) Soffre di malattie: a) della tiroide si no
 b) del surrene si no
 c) dell'ipofisi si no
- 15) Soffre di malattie del rene? si no
- 16) È in dialisi? si no
- 17) Soffre di malattie: a) dello stomaco si no
 b) del fegato si no
 c) dell'intestino si no
- 18) Soffre di malattie croniche respiratorie? si no
- 19) Ha la pressione: a) alta si no
 b) bassa si no
- 20) Soffre di malattie del cuore? dei vasi sanguigni?
 a) infarto si no
 b) angina si no



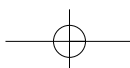
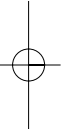
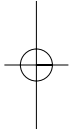
7. ANAMNESIA PATOLÓGICA/ENTREVISTA AL PACIENTE

- 1) Ha traído la documentación médica de a) otras visitas/ b) hospitalizaciones/ c) operaciones/ d) análisis de sangre/ e) análisis instrumentales?
- 2) Ha sufrido:
 - a) operaciones quirúrgicas sí no
 - b) accidentes de trabajo sí no
 - c) accidentes en su domicilio sí no
- 3) De niño ha tenido:
 - a) la viruela sí no
 - b) el sarampión sí no
 - c) la rubéola sí no
 - d) las paperas sí no
 - e) la escarlatina sí no
 - f) reumatismo articular agudo sí no
- 4) Padece de:
 - a) asma sí no
 - b) enfermedades alérgicas b1) respiratorias/ b2) alimentares/ b3) de la piel?
- 5) Ha contraído:
 - a) la tuberculosis sí no
 - b) la hepatitis sí no
 - c) infección por HIV sí no
 - d) le lepra sí no
- 6) Ha padecido de algún tumor? sí no
- 7) Se ha sometido alguna vez a radioterapia o quimioterapia? sí no
- 8) Ha recibido alguna transfusión de sangre? sí no
- 9) En caso afirmativo, dónde y cuándo le han hecho la transfusión?
- 10) Sufre de enfermedades de la sangre? sí no
- 11) Padece de hemofilia? sí no
- 12) Pierde sangre:
 - a) en las heces sí no
 - b) en la orina sí no
 - c) por la nariz sí no
 - d) de los genitales sí no
 - e) mientras tose sí no
- 13) Padece de diabetes? sí no
- 14) Padece de alguna enfermedad:
 - a) de la tiroides sí no
 - b) del riñón sí no
 - c) de la hipófisis sí no
- 15) Padece alguna enfermedad del riñón? sí no
- 16) Está en tratamiento de diálisis? sí no
- 17) Padece enfermedades:
 - a) del estómago sí no
 - b) del hígado sí no
 - c) del intestino sí no
- 18) Padece de enfermedades respiratorias crónicas? sí no
- 19) Tiene la presión:
 - a) alta sí no
 - b) baja sí no
- 20) Padece de enfermedades del corazón? de los vasos sanguíneos?
 - a) infarto sí no
 - b) angina sí no

- 21) È portatore di:
- c) aritmia si no
 - a) protesi valvolari si no
 - b) pacemaker si no
 - c) defibrillatore si no
- 22) Ha disturbi intestinali?
- a) diarrea si no
 - b) stitichezza si no
- 23) Ha:
- a) dolori addominali si no
 - b) nausea si no
 - c) vomito si no
- 24) Ha quando urina:
- a) bruciore si no
 - b) dolore si no
 - c) difficoltà si no
- 25) Ha disturbi dell'erezione?
- 26) Deglutisce con difficoltà?
- 27) Rigurgita il cibo?
- 28) È recentemente:
- a) diminuito si no
 - b) aumentato di peso si no
- 29) Quanto e in quanto tempo?
- 30) Ha febbre? si no
- 31) Quanta?
- 32) Quando?
- 33) Ha notato a) ingrossamento/ b) dolore delle ghiandole?
- c) collo si no
 - d) inguine si no
 - e) ascelle si no
- 34) Si sente stanco?
- 35) Soffre o ha sofferto di qualche malattia della pelle?
- 36) Ha sulla pelle:
- a) prurito si no
 - b) bruciore si no
- 37) Dove è localizzato?
- 38) Ha disturbi della:
- a) vista si no
 - b) udito si no
- 39) Soffre di:
- a) mal di denti si no
 - b) di gola si no
- 40) Ha:
- a) dolore al torace si no
 - b) tosse si no
 - c) catarro si no
- 41) Ha dolori:
- a) articolari si no
 - b) muscolari si no
- 42) Localizzati dove?
- 43) Soffre di mal di testa? si no
- 44) Soffre di:
- a) ansia si no
 - b) depressione si no
 - c) variazioni dell'umore si no



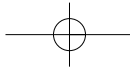
- 21) Tiene: c) arritmia sí no
a) prótesis valvulares sí no
b) marcapasos sí no
c) desfibrilador sí no
- 22) Sufre de molestias intestinales: a) diarrea sí no
b) estreñimiento sí no
- 23) Tiene: a) dolores abdominales sí no
b) nausea sí no
c) vómito sí no
- 24) Tiene cuando orina: a) ardores sí no
b) dolores sí no
c) molestias sí no
- 25) Tiene problemas de erección? sí no
- 26) Deglute con dificultad? sí no
- 27) Regurgita la comida? sí no
- 28) Recientemente: a) ha disminuido sí no
b) aumentado de peso sí no
- 29) Cuántos kilos y en cuánto tiempo?
- 30) Tiene fiebre? sí no
- 31) Cuánta?
- 32) Cuándo?
- 33) Ha notado a) un aumento/ b) dolor de las glándulas?
c) del cuello sí no
d) de la ingle sí no
e) de las axilas sí no
- 34) Se siente cansado?
- 35) Padece o ha padecido de alguna enfermedad de la piel? sí no
- 36) Tiene en la piel: a) picores sí no
b) ardores sí no
- 37) Dónde se localizan?
- 38) Tiene molestias en la: a) vista sí no
b) oído sí no
- 39) Sufre de: a) dolor de muelas sí no
b) dolor de garganta sí no
- 40) Tiene: a) dolores de pecho sí no
b) tos sí no
c) catarro sí no
- 41) Tiene dolores: a) articulares sí no
b) musculares sí no
- 42) Dónde se localizan?
- 43) Padece de dolor de cabeza? sí no
- 44) Sufre de: a) ansia sí no
b) depresión sí no
c) cambios de humor sí no



- 45) Ha subito: a) interventi chirurgici si no
b) ricoveri in ospedale si no
- 46) Quando e in quale ospedale?
- 47) Ha subito: a) traumi si no
b) incidenti stradali si no
c) è stato ferito si no
d) le sono stati dati punti di sutura si no
- 48) È stato: a) ingessato si no
b) immobilizzato si no
- 49) Ha difficoltà: a) a muoversi si no
b) a camminare si no
c) mantenere l'equilibrio si no
- 50) Ha difficoltà: a) a parlare si no
b) pronunciare le parole si no
c) capire quello che le viene detto si no
- 51) Ha disturbi della memoria? si no
- 52) Ha notato agli arti: a) gonfiore si no
b) dolore si no
c) pallore si no
d) cianosi si no
- 53) Ha difficoltà: a) a respirare a riposo si no
b) mentre cammina si no
c) mentre corre si no
d) mentre sale le scale si no
- 54) Quanti cuscini usa quando dorme?
- 55) Ha avuto rapporti sessuali: a) occasionali si no
b) omosessuali si no
- 56) È stato sottoposto a trapianto di organo? si no
- 57) È portatore di handicap fisico psichico, sensoriale? si no
- 58) Le persone che vivono con lei hanno o hanno avuto gli stessi sintomi? si no

8. VISITA MEDICA

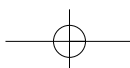
- 1) a) Si spogli/ b) si vesta
- 2) Si metta sul lettino a) seduto/ b) sdraiato/ c) supino/ d) prono/
e) sul fianco destro/ f) sul fianco sinistro/ g) in piedi
- 3) Le misuro a) la pressione/ b) il polso/ c) la febbre
- 4) a) Apra/ b) chiuda la bocca
- 5) a) Respiri/ b) non respiri/ c) tossisca / d) lasci la pancia morbida
- 6) Fa male? si no
- 7) Sente? si no
- 8) Non sente? si no
- 9) Stringa la mia mano
- 10) Mantenga sollevata a) la gamba/ b) il braccio
- 11) Chiuda gli occhi



- 45) Algunas vez ha sido: a) operado sí no
 b) ospitalizado sí no
- 46) Cuándo y en qué hospital?
- 47) Ha sufrido: a) traumas sí no
 b) accidentes de carretera sí no
 c) le han herido sí no
 d) le han dado puntos de sutura sí no
- 48) Ha estado: a) escayolado sí no
 b) inmovilizado sí no
- 49) Tiene problemas: a) para moverse sí no
 b) para caminar sí no
 c) para mantener el equilibrio sí no
- 50) Tiene problemas: a) para hablar sí no
 b) para pronunciar las palabras sí no
 c) entender lo que le dicen sí no
- 51) Tiene problemas de memoria sí no
- 52) Ha notado en las articulaciones: a) hinchazón sí no
 b) dolor sí no
 c) palidez sí no
 d) cianosis sí no
- 53) Tiene problemas de respiración: a) durante el reposo sí no
 b) mientras camina sí no
 c) mientras corre sí no
 d) mientras sube las escaleras sí no
- 54) Cuántas almohadas utiliza para dormir?
- 55) Ha tenido relaciones sexuales: a) ocasionales sí no
 b) homosexuales sí no
- 56) Le han transplantado algún órgano sí no
- 57) Sufre de alguna minusvalía físico - psíquico, sensorial? sí no
- 58) Las personas que viven con usted padecen o han padecido los mismos síntomas? sí no

8. VISITA MEDICA

- 1) a) Desnúdese/ b) vístase
- 2) Siéntese en a) la camilla b) tumbese/ c) boca a bajo/ d) boca arriba/ e) sobre el costado derecho/ f) sobre el costado izquierdo/ g) póngase de pie
- 3) Le tomo a) la presión/ b) las pulsaciones/ c) la fiebre
- 4) a) Abra/ b) cierre la boca
- 5) a) Respire/ b) no respire/ c) tosa/ d) relaje el estómago
- 6) Le duele? sí no
- 7) Oye? sí no
- 8) No oye? sí no
- 9) Apriete mi mano
- 10) Mantenga levantada a) la pierna/ b) el brazo
- 11) Cierre los ojos



- 12) Cammini 7 passi a) avanti/ b) indietro
 13) A casa misuri a) la temperatura/ b) la pressione
 14) Torni al controllo il giorno

9. RICHIESTA DI ESAMI DEL SANGUE/STRUMENTALI

- 1) Le è stata concessa qualche esenzione per patologia o per reddito? si no
 2) Ha una pensione di invalidità? si no
 3) Ha un'esenzione per invalidità civile? si no
 4) Ha un'assicurazione? si no
 5) Deve fare degli esami a) del sangue/ b) delle urine/ c) delle feci
 6) Deve fare una a) radiografia/ b) ecografia/ c) TAC/ d) RMN/
 e) elettrocardiogramma/ f) ecocardiogramma/ g) ecocolordoppler/
 h) gastroscopia/ i) colonscopia
 7) Deve prenotare una visita specialistica/ a) infettivologica/ b) cardiologica/
 c) ortopedica/ d) neurologica/ e) ginecologica/ f) dermatologica/
 g) otorinolaringoiatrica/ h) chirurgica/ i) pediatrica/ l) oculistica/
 m) odontoiatrica/ n) ematologica/ o) urologica
 8) Prenoti una a) prima visita/ b) visita di controllo/ c) visita urgente presso
 9) Deve andare in pronto soccorso
 10) Deve essere ricoverato in ospedale
 11) Deve fare a) terapia riabilitativa/ b) terapia fisica
 (c) ionoforesi/ d) massaggi/ e) tens/ f) trazioni/ g) infiltrazioni)

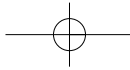
10. FARMACI/VACCINI

- 1) Usa abitualmente farmaci? si no
 2) Quali?
 3) Per quale malattia?
 4) Da quanto tempo ha sospeso le medicine?
 5) Ha una lista completa dei farmaci che usa? si no
 6) È in terapia: a) anticoagulante si no
 b) chemioterapica si no
 7) Fa uso di prodotti omeopatici o erbe medicinali? si no
 8) Quali?
 9) Da quanto tempo?
 10) Si è sottoposto a qualche vaccinazione? si no
 11) Quando?
 12) Quale?
 13) Ha mai avuto reazioni allergiche da farmaci? si no
 14) Per quali farmaci?
 15) Quando?

11. PRESCRIZIONI TERAPEUTICHE

Le prescrivo di:

- 1) assumere per bocca a) compresse/ b) pastiglie/ c) gocce/ d) capsule/
 e) cucchiari di sciroppo



- 12) Camine 7 pasos hacia a) adelante/ b) atrás
 13) En casa tómese a) la temperatura/ b) la presión
 14) Vuelva para un control el día

9. PETICIÓN DE ANÁLISIS DE SANGRE/INSTRUMENTALES

- 1) Le han concedido alguna exención por patología o por rédito? sí no
 2) Recibe una pensión de invalidez? sí no
 3) Cuenta con alguna exención por invalidez civil? sí no
 4) Tiene algún seguro? sí no
 5) Tiene que hacerse análisis a) de sangre/ b) de orina/ c) de las heces
 6) Tiene que hacerse una a) radiografía/ b) ecografía/ c) TAC/RMN/
 d) electrocardiograma/ e) ecocardiograma/ f) eco-color Doppler/
 g) gastroscopia/ h) colonoscopia
 7) Tiene que coger hora para una visita especialista a) infectológica/
 b) cardiológica/ c) ortopédica/ d) neurológica/ e) ginecológica/
 f) dermatológica/ g) otorinolaringoiátrica/ h) quirúrgica/ i) pediátrica/
 l) oculística/ m) odontoiátrica/ n) hematológica/ o) urológica
 8) Coja hora para una a) primera visita/ b) visita de control/ c) visita urgente en
 9) Tiene que ir a urgencias
 10) Tiene que ser hospitalizado en el hospital
 11) Tiene que hacer a) terapia de rehabilitación/ b) terapia física
 (c) ionoforesis/ d) masajes/ e) tens/ f) tracciones/ g) infiltraciones)

10. MEDICINAS/VACUNAS

- 1) Toma habitualmente medicinas? sí no
 2) Cuáles?
 3) Para qué enfermedad?
 4) Desde cuándo ha dejado de tomar las medicinas?
 5) Tiene una lista completa de las medicinas que toma? sí no
 6) Está en tratamiento: a) anticoagulante sí no
 b) quimioterapia sí no
 7) Utiliza productos homeopáticos o hierbas medicinales? sí no
 8) Cuáles?
 9) Desde hace cuánto tiempo?
 10) Se ha puesto alguna vacuna? sí no
 11) Cuándo?
 12) Cuál?
 13) Ha tenido alguna vez reacciones alérgicas por medicamentos? sí no
 14) A qué medicamentos?
 15) Cuándo?

11. PRESCRIPCIONES TERAPÉUTICAS

Le prescribo que:

- 1) tome por vía oral a) comprimidos/ b) pastillas/ c) gotas/ d) cápsulas/
 e) cucharadas de jarabe

- 2) fare sciacqui con
- 3) fare impacchi con
- 4) fare bagni con
- 5) fare a) aerosol/ b) inalazioni con
- 6) fare iniezioni a) intramuscolo/ b) endovena/ c) sottocute
- 7) fare sciogliere a) compresse effervescenti/ b) bustine/ c) fiale/ d) polvere
- 8) applicare – spalmare a) crema/ b) pomata/ c) tintura/ d) soluzione
- 9) introdurre a) supposta/ b) candeletta vaginale/ c) ovulo vaginale

Il farmaco deve essere somministrato:

- 10) a) ogni giorno/ b) a giorni alterni/ c) una volta - d) due volte - alla settimana/
e) al bisogno
- 11) a) alla mattina/ b) alla sera/ c) al pomeriggio/ d) alla stessa ora/
e) mattina e sera
- 12) mattina, pomeriggio e sera
- 13) a) prima di/ b) dopo/ c) a stomaco pieno/ d) a digiuno
- 14) a) per ... giorni/ b) per ... settimane/ c) per ... mesi/ d) per sempre

Per questa ricetta in farmacia:

- a) non pagherà nulla
- b) pagherà un ticket
- c) pagherà il prezzo intero

12. CERTIFICATI

- 1) Le compilo un certificato:
 - a) di buona salute
 - b) assicurativo
 - c) per indennità di malattia
 - d) per attività sportiva
 - e) per infortunio sul lavoro e1) primo/
e2) continuativo/ e3) di chiusura

- 2) se enjuague con
- 3) se ponga aplicaciones
- 4) se bañe con
- 5) haga el a) aerosol/ b) inhalaciones con
- 6) se ponga inyecciones a) intramusculares/ b) endovenosas/ c) subcutáneas
- 7) disuelva a) comprimidos efervescentes/ b) sobre/ c) ampollas/ d) polvos
- 8) aplique – extienda a) crema/ b) pomada/ c) tintura/ d) solución
- 9) se ponga a) supositorios/ b) supositorio vaginal/ c) óvulo vaginal

El fármaco debe suministrarse:

- 10) a) todos los días/ b) a días alternados/ c) una vez - d) dos veces - por semana/ e) cuando haga falta
- 11) a) por la mañana/ b) por la noche/ c) por la tarde/ d) a la misma hora/ e) por la mañana y por la noche
- 12) por la mañana, por la tarde y por la noche
- 13) a) antes de/ b) después de/ c) con el estómago lleno/ d) en ayunas
- 14) a) durante ... días/ b) durante ... semanas/ c) durante ... meses/ d) para siempre

Con esta receta en la farmacia:

- a) no tiene que pagar nada
- b) pagará sólo un ticket
- c) pagará el precio entero

12. CERTIFICADOS

- 1) Le hago un certificado:
 - a) de buena salud
 - b) para el seguro
 - c) para solicitar la indemnización por enfermedad
 - d) para actividad deportiva
 - e) por accidente en el puesto de trabajo
 - e1) primero/ e2) continuativo/ e3) final

SE TI OCCORREN UN MEDICO O FARMACISTA SI NECESITA UN MEDICO Y DEL FARMACEUTICO

Dottore ho dolore alla testa	Doctor, me duele la cabeza
Dottore mi bruciano gli occhi	Doctor, me pican los ojos
Dottore ho dolore alla gola	Doctor, me duele la garganta
Dottore ho dolore ai denti	Doctor, tengo dolor de muelas
Dottore ho mal d'orecchio	Doctor, me duelen los oídos
Dottore ho il raffreddore	Doctor, estoy resfriado
Dottore mi esce sangue dal naso	Doctor, me sale sangre de la nariz
Dottore ho la febbre	Doctor, tengo fiebre
Dottore ho la tosse, vorrei uno sciroppo	Doctor, tengo tos, desearía tomar un jarabe
Dottore ho le vertigini	Doctor, me mareo
Dottore ho mal di stomaco	Doctor, me duele el estómago
Dottore ho la diarrea	Doctor, tengo diarrea
Dottore ho mal di pancia	Doctor, me duele el estómago
Dottore ho dolore a) alla schiena/ b) al braccio/ c) alla mano/ d) al piede/ e) al ginocchio/ f) alla caviglia	Doctor, me duele a) la espalda/ b) el brazo/ c) la mano/ d) el pie/ e) la rodilla/ f) el tobillo
Dottore mi sono ustionato	Doctor, me he quemado
Dottore mi sono scottato al sole	Doctor, me he quemado tomando el sol
Dottore ho rotto la dentiera	Doctor, se me ha roto la dentadura
Dottore ho bisogno di un antinevralgico	Doctor, necesito un antineurálgico
Dottore ho il naso chiuso	Doctor, tengo la nariz tapada
Dottore vorrei un lassativo	Doctor, necesito un laxativo
Dottore vorrei un collirio	Doctor, necesito un colirio
Dottore vorrei qualcosa per i dolori mestruali	Doctor, me puede dar algo para los dolores menstruales
Dottore soffro di a) mal d'auto/ b) aereo	Doctor, me mareo a) en el coche/ b) en el avión
Dottore come si prende questo medicinale?	Doctor, ¿cómo se toma esta medicina?
Dottore quante volte al giorno ?	Doctor, ¿Cuántas veces al día?
Dottore ho una puntura di insetto	Doctor, me ha picado un insecto
Dottore ho le vene varicose, vorrei una pomata	Doctor, sufro de venas varicosas, me puede dar una pomada
Dottore vorrei qualcosa contro le zanzare	Doctor, puede darme algo contra los mosquitos
Dottore vorrei provare la pressione arteriosa	Doctor, puede tomarme la presión
Dottore ho bisogno a) del cotone idrofilo/ b) delle garze/ c) di bende	Doctor, necesito a) algodón/ b) gasas/ c) vendas
Dottore ho bisogno di un cerotto	Doctor, necesito una tirita
Dottore ho bisogno di un disinfettante	Doctor, necesito un desinfectante
Dottore ho bisogno di un termometro	Doctor, necesito un termómetro
Dottore vorrei una siringa	Doctor, necesito una jeringuilla
Dottore ho bisogno di un pacco di assorbenti igienici	Doctor, necesito un paquete de compresas
Dottore ho bisogno di un pacco di pannolini per bambini	Doctor, necesito un paquete de pañales para niños
Dottore vorrei scegliere degli omogeneizzati	Doctor, ¿puedo elegir algunos homogeneizados?
Dottore ho bisogno di un dentifricio	Doctor, me hace falta un dentífrico
Dottore ho bisogno di un collutorio	Doctor, me hace falta un colutorio
Dottore vorrei un prodotto omeopatico	Doctor, necesito un producto homeopático
Dottore vorrei una pillola anticoncezionale	Doctor, necesito una pastilla anticonceptiva
Dottore vorrei un antibiotico	Doctor, necesito un antibiótico

Antibiotico	Antibiótico
Analgesico/antidolorifico	Analgésico/Antidolorífico
Antiparassitario	Antiparasitario
Assorbenti	Compresas
Biopsia	Biopsia
Bustine	Sobres
Cerotto	Tiritas
Collutorio	Colutorio
Colonscopia	Colonoscopia
Comprese	Comprimidos
Crema	Crema
Dentifricio	Dentífrico
Diabete	Diabetes
Disinfettante	Desinfectante
Ecografia	Ecografía
Febbre	Fiebre
Garza	Gasas
Gastroscofia	Gastroscofia
Granulato	Granulado
Ipertensione	Hipertensión
Lassativo	Laxante
Lavanda ginecologica	Lavado ginecológico
Lozione	Loción
Mammografia	Mamografía
Ovuli	Óvulos
Pap-test	Pap-test
Pomata	Pomada
Prelievo del sangue	Análisis de sangre
Radiografia	Radiografía
Sedativo	Sedante
Sciroppo	Jarabe
Siringa	Jeringuilla
Supposta	Supositorio
Spazzolino	Cepillo
Termometro	Termómetro
Test di gravidanza	Prueba del embarazo
Tisana	Tisana
Vaccinazione	Vacunar
Vaccino	Vacuna

TEDESCO

Guida sanitaria multilingue

per i cittadini e gli operatori sanitari

Guida all'anamnesi ed alla terapia

**SEZIONE PER IL MEDICO, FARMACISTA
OPERATORE SANITARIO**

1. PAESI D'ORIGINE - VIAGGI

- 1) Qual è il suo Paese d'origine?
- 2) Parla e capisce:
- | | | |
|-------------|-----------------------------|-----------------------------|
| a) italiano | <input type="checkbox"/> si | <input type="checkbox"/> no |
| b) inglese | <input type="checkbox"/> si | <input type="checkbox"/> no |
| c) francese | <input type="checkbox"/> si | <input type="checkbox"/> no |
- 3) Qual è stato l'ultimo Paese da lei visitato?

2. CONDIZIONI AMBIENTALI-ABITATIVE

- 1) Dove vive?
- | | | |
|-------------------------------|-----------------------------|-----------------------------|
| a) In un appartamento | <input type="checkbox"/> si | <input type="checkbox"/> no |
| b) in uno stabile abbandonato | <input type="checkbox"/> si | <input type="checkbox"/> no |
| c) all'addiaccio | <input type="checkbox"/> si | <input type="checkbox"/> no |
- 2) Convive con altre persone?
- | | |
|-----------------------------|-----------------------------|
| <input type="checkbox"/> si | <input type="checkbox"/> no |
|-----------------------------|-----------------------------|
- 3) Nella sua abitazione c'è:
- | | | |
|-------------------|-----------------------------|-----------------------------|
| a) acqua corrente | <input type="checkbox"/> si | <input type="checkbox"/> no |
| b) riscaldamento | <input type="checkbox"/> si | <input type="checkbox"/> no |
| c) bagno | <input type="checkbox"/> si | <input type="checkbox"/> no |
- 4) Nella sua abitazione ci sono animali domestici?
- | | |
|-----------------------------|-----------------------------|
| <input type="checkbox"/> si | <input type="checkbox"/> no |
|-----------------------------|-----------------------------|
- 5) Vive in:
- | | | |
|-------------|-----------------------------|-----------------------------|
| a) campagna | <input type="checkbox"/> si | <input type="checkbox"/> no |
| b) città | <input type="checkbox"/> si | <input type="checkbox"/> no |

3. DIETA

- 1) Consuma bevande alcoliche? si no
- 2) Quanti bicchieri al giorno?
- 3) Ha mangiato alimenti crudi? si no
- 4) Ha bevuto acqua non imbottigliata? si no
- 5) Ha bevuto latte fresco non confezionato? si no

4. PROFESSIONE/TEMPO LIBERO

- 1) Che lavoro svolge? a) Agricoltore/ b) muratore/ c) operaio di industria alimentare/ d) di industria tessile/ e) di industria meccanica/ f) tipografo/ g) idraulico/ h) impiegato/ i) casalinga/ l) badante/ m) imbianchino/ n) dirigente/ o) libero professionista/ p) commerciante
- 2) Il suo lavoro implica contatti con sostanze chimiche si no
- 3) Prima dell'attuale, ha svolto altri lavori? Quali?

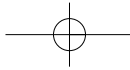
- 4) Lavora: a) all'aperto si no
b) in ambiente chiuso si no

5. ANAMNESI FAMILIARE - FISIOLOGICA

- 1) È sposato? si no
2) Convivente con un partner? si no
3) Ha figli? si no
4) Quanti?
5) Di che età?
6) I suoi familiari soffrono di malattie importanti, quali a) diabete/ b) ipertensione arteriosa/ c) malattie cardiache/ d) malattie genetiche/ e) allergie/ f) tumori/ g) tubercolosi/ h) infezione da HIV/ i) epatiti/ l) lebbra?
7) Fa uso o ha fatto uso di sostanze stupefacenti? si no

6. ANAMNESI GINECOLOGICA

- 1) A quanti anni ha avuto le prime mestruazioni?
2) Ha avuto gravidanze: a) normali si no
b) complicate si no
c) aborti si no
3) Ritiene di essere in gravidanza? si no
4) Data delle ultime mestruazioni
Gennaio
Febbraio
Marzo
Aprile
Maggio
Giugno
Luglio
Agosto
Settembre 1 - 7
Ottobre 8 - 14
Novembre 15 - 21
Dicembre 22 - 31
5) È in menopausa? si no
6) Da quanti anni?
7) Ha dolori mestruali? si no
8) Ha perdite intermestruali? si no
9) Ha prurito vaginale? si no
10) Ha dolore durante i rapporti sessuali? si no
11) Sta allattando? si no
12) Prende la pillola? si no
13) Assume farmaci per la menopausa? si no
14) Le è stata posizionata una spirale (IUD)? si no
15) Ha fatto un pap test? si no
16) Quando?



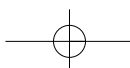
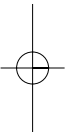
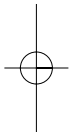
- 4) Arbeiten Sie: a) im Freien ja nein
 b) in einer geschlossenen Umgebung ja nein

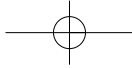
5. FAMILIEN-UND KRANKHEITSGESCHICHTE

- 1) Sind Sie verheiratet? ja nein
 2) Leben Sie mit einem Partner zusammen? ja nein
 3) Haben Sie Kinder? ja nein
 4) Wie viele?
 5) In welchem Alter?
 6) Leiden Ihre Familienmitglieder an einer schweren Krankheit wie a) Diabetes/
 b) arterieller Bluthochdruck/ c) Herzkrankheiten/ d) genetische Krankheiten/
 e) Allergien/ f) Tumore/ g) Tuberkulose/ h) HIV-Infektion/ i) Hepatitis/ l) Lepra?
 7) Nehmen oder nahmen Sie Drogen? ja nein

6. GYNÄKOLOGISCHE KRANKHEITSGESCHICHTE

- 1) Wann hatten Sie Ihre erste Menstruation?
 2) War Ihre Schwangerschaft: a) normal ja nein
 b) Gab es Komplikationen ja nein
 c) Hatten Sie Fehlgeburten ja nein
 3) Sind Sie schwanger? ja nein
 4) Datum der letzten Blutung
 Januar
 Februar
 März
 April
 Mai
 Juni
 Juli
 August
 September 1 - 7
 Oktober 8 - 14
 November 15 - 21
 Dezember 22 - 31
 5) Sind Sie in den Wechseljahren? ja nein
 6) Seit wie vielen Jahren?
 7) Haben Sie Menstruationsbeschwerden? ja nein
 8) Haben Sie Zwischenblutungen? ja nein
 9) Leiden Sie an vaginalem Juckreiz? ja nein
 10) Haben Sie Schmerzen während des Verkehrs? ja nein
 11) Stillen Sie? ja nein
 12) Nehmen Sie die Pille? ja nein
 13) Nehmen Sie Medikamente für die Wechseljahre ja nein
 14) Hat man Ihnen eine Spirale eingesetzt (IUD)? ja nein
 15) Haben Sie einen Abstrich machen lassen ja nein
 16) Wann?

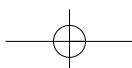




- 17) Ha fatto una mammografia? si no
 18) Quando?

7. ANAMNESI PATOLOGICA/INTERVISTA AL PAZIENTE

- 1) Ha con se documentazione medica di a) visite/ b) ricoveri/ c) interventi chirurgici/ d) esami del sangue/ e) esami strumentali?
- 2) Ha subito: a) interventi chirurgici si no
 b) infortuni sul lavoro si no
 c) infortuni a domicilio si no
- 3) Da bambino ha avuto: a) la varicella si no
 b) il morbillo si no
 c) la rosolia si no
 d) gli orecchioni si no
 e) la scarlattina si no
 f) il reumatismo articolare acuto si no
- 4) Soffre di: a) asma si no
 b) malattie allergiche b1) respiratorie/
 b2) alimentari/ b3) della pelle?
- 5) Ha contratto: a) la tubercolosi si no
 b) l'epatite si no
 c) l'infezione da HIV si no
 d) la lebbra si no
- 6) Ha mai avuto tumori? si no
- 7) Ha mai fatto radioterapia o chemioterapia? si no
- 8) Ha mai ricevuto trasfusioni di sangue? si no
- 9) Se si, dove e quando è stato trasfuso?
- 10) Soffre di malattie del sangue? si no
- 11) Soffre di emofilia? si no
- 12) Perde sangue con: a) le feci si no
 b) urine si no
 c) dal naso si no
 d) dai genitali si no
 e) mentre tossisce si no
- 13) Ha il diabete? si no
- 14) Soffre di malattie: a) della tiroide si no
 b) del surrene si no
 c) dell'ipofisi si no
- 15) Soffre di malattie del rene? si no
- 16) È in dialisi? si no
- 17) Soffre di malattie: a) dello stomaco si no
 b) del fegato si no
 c) dell'intestino si no
- 18) Soffre di malattie croniche respiratorie? si no

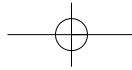


- 17) Haben Sie eine B Mammographie machen lassen? ja nein
 18) Wann?

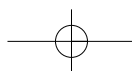
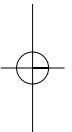
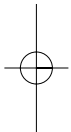
7. KRANKHEITSGESCHICHTE/GESPRÄCH MIT DEM ARZT

- 1) Haben Sie Unterlagen über Ihre a) Arztbesuche/ b) Krankenhausaufenthalte/
 c) chirurgische Eingriffe/ d) Blutuntersuchungen/ e) sonstige Untersuchungen
 bei sich?
- 2) Hatten Sie: a) Chirurgische Eingriffe vornehmen lassen ja nein
 b) Arbeitsunfälle ja nein
 c) Unfälle zu Hause ja nein
- 3) Hatten Sie als Kind: a) die Windpocken ja nein
 b) die Masern ja nein
 c) die Röteln ja nein
 d) die Mumps ja nein
 e) Scharlach ja nein
 f) akutes arterielles Rheuma ja nein
- 4) Leiden Sie an: a) Asthma ja nein
 b) b1) Atmungsallergien/ b2) Lebensmittelallergien/
 b3) Hautallergien
- 5) Hatten Sie: a) Tuberkulose ja nein
 b) Hepatitis ja nein
 c) HIV-Infektion ja nein
 d) Lepra ja nein
- 6) Hatten Sie in der Vergangenheit einen Tumor? ja nein
- 7) Haben Sie sich in der Vergangenheit einer Strahlungs- oder
 Chemotherapie unterzogen? ja nein
- 8) Haben Sie in der Vergangenheit Bluttransfusionen erhalten? ja nein
- 9) Falls ja, wo und wann wurde das Blut übertragen?
- 10) Leiden Sie an einer Blutkrankheit? ja nein
- 11) Leiden Sie an der Bluterkrankheit? ja nein
- 12) Verlieren Sie Blut: a) im Stuhl ja nein
 b) im Urin ja nein
 c) in der Nase ja nein
 d) aus den Genitalien ja nein
 e) während Sie husten ja nein
- 13) Haben Sie Diabetes? ja nein
- 14) Leiden Sie an einer Krankheit: a) der Schilddrüse ja nein
 b) der Nebennieren ja nein
 c) der Hirnanhangdrüse ja nein
- 15) Leiden Sie an einer Nierenkrankheit? ja nein
- 16) Sind Sie in Dialyse? ja nein
- 17) Haben Sie eine Krankheit: a) am Magen ja nein
 b) an der Leber ja nein
 c) am Darm ja nein
- 18) Leiden Sie an einer chronischen Atemserkrankung? ja nein

- 19) Ha la pressione: a) alta si no
b) bassa si no
- 20) Soffre di malattie del cuore? dei vasi sanguigni?
a) infarto si no
b) angina si no
c) aritmia si no
- 21) È portatore di: a) protesi valvolari si no
b) pacemaker si no
c) defibrillatore si no
- 22) Ha disturbi intestinali? a) diarrea si no
b) stitichezza si no
- 23) Ha: a) dolori addominali si no
b) nausea si no
c) vomito si no
- 24) Ha quando urina: a) bruciore si no
b) dolore si no
c) difficoltà si no
- 25) Ha disturbi dell'erezione? si no
- 26) Deglutisce con difficoltà? si no
- 28) Rigurgita il cibo? si no
- 29) È recentemente: a) diminuito si no
b) aumentato di peso si no
- 29) Quanto e in quanto tempo?
- 30) Ha febbre? si no
- 31) Quanta?
- 32) Quando?
- 33) Ha notato a) ingrossamento/ b) dolore delle ghiandole?
c) collo si no
d) inguine si no
e) ascelle si no
- 34) Si sente stanco? si no
- 35) Soffre o ha sofferto di qualche malattia della pelle? si no
- 36) Ha sulla pelle: a) prurito si no
b) bruciore si no
- 37) Dove è localizzato?
- 38) Ha disturbi della: a) vista si no
b) udito si no
- 39) Soffre di: a) mal di denti si no
b) di gola si no
- 40) Ha: a) dolore al torace si no
b) tosse si no
c) catarro si no
- 41) Ha dolori: a) articolari si no
b) muscolari si no
- 42) Localizzati dove?



- 19) Haben Sie: a) hohen Blutdruck ja nein
 b) niedrigen Blutdruck ja nein
- 20) Haben Sie eine Herzkrankheit/ eine Krankheit der Blutgefäße?
 a) Infarkt ja nein
 b) Angina ja nein
 c) Herzrhythmusstörungen ja nein
- 21) Haben Sie: a) Herzklappenprothese ja nein
 b) Herzschrittmacher ja nein
 c) efibrillator ja nein
- 22) Haben Sie Darmbeschwerden: a) Durchfall ja nein
 b) Verstopfung ja nein
- 23) Haben Sie: a) Bauchschmerzen ja nein
 b) Übelkeit ja nein
 c) Brechreiz ja nein
- 24) Spüren Sie beim: a) Urinieren ein Brennen ja nein
 b) haben Sie Schmerzen ja nein
 c) Schwierigkeiten beim Urinieren ja nein
- 25) Haben Sie Erektionsprobleme? ja nein
- 26) Haben Sie Schluckbeschwerden? ja nein
- 27) Erbrechen Sie die Nahrung? ja nein
- 28) Haben Sie in der letzten Zeit an Gewicht: a) verloren ja nein
 b) zugenommen ja nein
- 29) Wie viel und in welchem Zeitraum?
- 30) Haben Sie Fieber? ja nein
- 31) Wie hoch ist es?
- 32) Seit wann?
- 33) Haben Sie a) eine Schwellung/ b) Schmerzen der Drüsen?
 c) am Hals ja nein
 d) an den Leisten ja nein
 e) in den Achselhöhlen ja nein
- 34) Fühlen Sie sich müde? ja nein
- 35) Leiden oder litten Sie an einer Hautkrankheit? ja nein
- 36) Sie auf der Haut: a) einen Juckreiz ja nein
 b) ein Brennen ja nein
- 37) Wo genau?
- 38) Haben Sie: a) Sehstörungen ja nein
 b) Hörprobleme ja nein
- 39) Leiden Sie an: a) Zahnschmerzen ja nein
 b) Halsschmerzen ja nein
- 40) Haben Sie: a) Schmerzen im Brustkorb ja nein
 b) Husten ja nein
 c) Katarr ja nein
- 41) Haben Sie: a) Gliederschmerzen ja nein
 b) Muskelschmerzen ja nein
- 42) Wo genau?



- 43) Soffre di mal di testa? si no
- 44) Soffre di: a) ansia si no
 b) depressione si no
 c) variazioni dell'umore si no
- 45) Ha subito: a) interventi chirurgici si no
 b) ricoveri in ospedale si no
- 46) Quando e in quale ospedale?
- 47) Ha subito: a) traumi si no
 b) incidenti stradali si no
 c) è stato ferito si no
 d) le sono stati dati punti di sutura si no
- 48) È stato: a) ingessato si no
 b) immobilizzato si no
- 49) Ha difficoltà: a) a muoversi si no
 b) a camminare si no
 c) mantenere l'equilibrio si no
- 50) Ha difficoltà: a) a parlare si no
 b) pronunciare le parole si no
 c) capire quello che le viene detto si no
- 51) Ha disturbi della memoria? si no
- 52) Ha notato agli arti: a) gonfiore si no
 b) dolore si no
 c) pallore si no
 d) cianosi si no
- 53) Ha difficoltà: a) a respirare a riposo si no
 b) mentre cammina si no
 c) mentre corre si no
 d) mentre sale le scale si no
- 54) Quanti cuscini usa quando dorme?
- 55) Ha avuto rapporti sessuali: a) occasionali si no
 b) omosessuali si no
- 56) È stato sottoposto a trapianto di organo? si no
- 57) È portatore di handicap fisico psichico, sensoriale? si no
- 58) Le persone che vivono con lei hanno o hanno avuto gli stessi sintomi? si no

8. VISITA MEDICA

- 1) a) Si spogli/ b) si vesta
- 2) Si metta sul lettino a) seduto/ b) sdraiato/ c) supino/ d) prono/
 e) sul fianco destro/ f) sul fianco sinistro/ g) in piedi
- 3) Le misuro a) la pressione/ b) il polso/ c) la febbre
- 4) a) Apra/ b) chiuda la bocca
- 5) a) Respiri/ b) non respiri/ c) tossisca / d) lasci la pancia morbida

- 43) Leiden Sie an Kopfschmerzen? ja nein
- 44) Leiden Sie an: a) Angstgefühlen ja nein
 b) Depression ja nein
 c) Stimmungsschwankungen ja nein
- 45) Wurden Sie: a) operiert ja nein
 b) ins Krankenhaus eingeliefert ja nein
- 46) Wann und in welches Krankenhaus?
- 47) Hatten Sie: a) ein Trauma ja nein
 b) einen Autounfall ja nein
 c) wurden Sie verletzt ja nein
 d) wurden Sie genäht ja nein
- 48) Mussten Sie: a) einen Gips tragen ja nein
 b) ruhig gestellt ja nein
- 49) Haben Sie Probleme: a) sich zu bewegen ja nein
 b) zu laufen ja nein
 c) das Gleichgewicht zu halten ja nein
- 50) Haben Sie Schwierigkeiten: a) zu sprechen ja nein
 b) e auszusprechen ja nein
 c) zu verstehen, was man Ihnen sagt? ja nein
- 51) Haben Sie Gedächtnisschwierigkeiten? ja nein
- 52) Haben Sie eine Gliedern festgestellt?: a) Schwellung ja nein
 b) Schmerzen ja nein
 Bläss ja nein
 Blausucht an den ja nein
- 53) Haben Sie Probleme wenn: a) Sie sich ausruhen ja nein
 b) Sie gehen ja nein
 c) Sie rennen ja nein
 d) Sie die Treppe hochsteigen? ja nein
- 54) Wie viele Kissen benutzen Sie zum Schlafen?
- 55) Hatten Sie: a) gelegentlichen Geschlechtsverkehr ja nein
 b) homosexuellen Verkehr ja nein
- 56) Wurde eine Organtransplantation vorgenommen? ja nein
- 57) Haben Sie eine körperliche, psychische, sensorische Behinderung? ja nein
- 58) Haben/hatten die Personen, mit denen Sie leben, die gleichen Symptome? ja nein

8. ARZTBESUCH

- 1) Bitte machen a) Sie sich frei/ b) ziehen Sie sich an
- 2) Bitte setzen a) Sie sich/ b) legen Sie sich/ c) legen Sie sich auf den Rücken/
 d) legen Sie sich auf den Bauch/ e) legen Sie sich auf die rechte Seite/
 f) auf die linke Seite/ g) stellen Sie sich
- 3) Ich messe Ihnen a) den Blutdruck/ b) den Puls/ c) die Temperatur
- 4) a) Öffnen/ b) schließen Sie bitten den Mund
- 5) a) Atmen Sie/ b) halten Sie den Atem an/ c) husten Sie/ d) den Bauch entspannen

- 6) Fa male? si no
 7) Sente? si no
 8) Non sente? si no
 9) Stringa la mia mano
 10) Mantenga sollevata a) la gamba/ b) il braccio
 11) Chiuda gli occhi
 12) Cammini 7 passi a) avanti/ b) indietro
 13) A casa misuri a) la temperatura/ b) la pressione
 14) Torni al controllo il giorno

9. RICHIESTA DI ESAMI DEL SANGUE/STRUMENTALI

- 1) Le è stata concessa qualche esenzione per patologia o per reddito? si no
 2) Ha una pensione di invalidità? si no
 3) Ha un'esenzione per invalidità civile? si no
 4) Ha un'assicurazione? si no
 5) Deve fare degli esami a) del sangue/ b) delle urine/ c) delle feci
 6) Deve fare una a) radiografia/ b) ecografia/ c) TAC/ d) RMN/ e) elettrocardiogramma/ f) ecocardiogramma/ g) ecocolordoppler/ h) gastroscopia/ i) colonscopia
 7) Deve prenotare una visita specialistica/ a) infettivologica/ b) cardiologica/ c) ortopedica/ d) neurologica/ e) ginecologica/ f) dermatologica/ g) otorinolaringoiatrica/ h) chirurgica/ i) pediatrica/ l) oculistica/ m) odontoiatrica/ n) ematologica/ o) urologica
 8) Prenoti una a) prima visita/ b) visita di controllo/ c) visita urgente presso
 9) Deve andare in pronto soccorso
 10) Deve essere ricoverato in ospedale
 11) Deve fare a) terapia riabilitativa/ b) terapia fisica (c) ionoforesi/ d) massaggi/ e) tens/ f) trazioni/ g) infiltrazioni)

10. FARMACI/VACCINI

- 1) Usa abitualmente farmaci? si no
 2) Quali?
 3) Per quale malattia?
 4) Da quanto tempo ha sospeso le medicine?
 5) Ha una lista completa dei farmaci che usa? si no
 6) È in terapia: a) anticoagulante si no
 b) chemioterapica si no
 7) Fa uso di prodotti omeopatici o erbe medicinali? si no
 8) Quali?

- 6) Tut das weh? ja nein
 7) Spüren Sie das? ja nein
 8) Spüren Sie nichts? ja nein
 9) Schließen Sie fest die Hand
 10) Heben Sie das Bein a) hoch/ b) den Arm
 11) Schließen Sie die Augen
 12) Gehen Sie 7 Schritte a) vor/ b) zurück
 13) Messen Sie zu Hause a) die Temperatur/ b) den Blutdruck
 14) Kommen Sie am ... zur Kontrolle wieder

9. FRAGE NACH BLLUTUNTERSUCHUNGEN/SONSTIGEN UNTERSUCHUNGEN

- 1) Wurden Sie aufgrund einer Krankheit oder aufgrund Ihrer Einkünfte von etwas freigestellt? ja nein
 2) Beziehen Sie eine Invalidenrente? ja nein
 3) Wurden Sie wegen ziviler Invalidität freigestellt? ja nein
 4) Sind Sie versichert? ja nein
 5) Sie müssen a) das Blut/ b) den Urin/ c) den Stuhl untersuchen lassen
 6) Sie müssen eine a) Röntgenuntersuchung/ b) Ultraschalluntersuchung/ c) CT Computertomographie/ d) RMN Magnetische Resonanzuntersuchung/ e) EKG Elektrokardiogramm/ f) Ultraschall-Kardiogramm/ g) Ultraschall-Doppler-Untersuchung/ h) Magenspiegelung/ i) Rückradspiegelung machen lassen
 7) Sie müssen einen Termin vereinbaren beim Spezialisten für
 a) Infektionskrankheiten/ b) Herzkrankheiten/ c) Orthopädie/ d) Neurologie/
 e) Gynäkologie/ f) Hautkrankheiten/ g) Hals-Nasen-Ohren-Krankheiten/
 h) Chirurgie/ i) Kinderkrankheiten/ l) Augenkrankheiten/ m) Zahnmedizin/
 n) Hämatologie/ o) Urologie
 8) Vereinbaren Sie eine a) erste Untersuchung/ b) Kontrolluntersuchung/ c) eine eilige Untersuchung bei
 9) Sie müssen zur Erste-Hilfe-Station gehen
 10) Sie müssen zur Erste-Hilfe-Station gehen
 11) Sie müssen sich einer a) Rehabilitationstherapie/ b) Physiotherapie (c) Ionophorese/ d) Massagen/ e) TENS-Behandlungen/ f) Infiltrationen/ g) unterziehen)

10. MEDIKAMENTE/IMPFUNGEN

- 1) Nehmen Sie regelmäßig Medikamente? ja nein
 2) Welche?
 3) Für welche Krankheit?
 4) Seit wann haben Sie die Medikamente abgesetzt?
 5) aben Sie eine komplette Liste der Medikamente, die Sie einnehmen? ja nein
 6) Machen Sie zur Zeit eine: a) Anti-Blutgerinnungstherapie ja nein
 b) Chemotherapie ja nein
 7) Nehmen Sie homöopathische Produkte oder Heilkräuter? ja nein
 8) Welche?

- 9) Da quanto tempo?
- 10) Si è sottoposto a qualche vaccinazione? sì no
- 11) Quando?
- 12) Quale?
- 13) Ha mai avuto reazioni allergiche da farmaci? sì no
- 14) Per quali farmaci?
- 15) Quando?

11. PRESCRIZIONI TERAPEUTICHE

Le prescrivo di:

- 1) assumere per bocca a) compresse/ b) pastiglie/ c) gocce/ d) capsule/
e) cucchiari di sciroppo
- 2) fare sciacqui con
- 3) fare impacchi con
- 4) fare bagni con
- 5) fare a) aerosol/ b) inalazioni con
- 6) fare iniezioni a) intramuscolo/ b) endovena/ c) sottocute
- 7) fare sciogliere a) compresse effervescenti/ b) bustine/ c) fiale/ d) polvere
- 8) applicare – spalmare a) crema/ b) pomata/ c) tintura/ d) soluzione
- 9) introdurre a) supposta/ b) candeletta vaginale/ c) ovulo vaginale

Il farmaco deve essere somministrato:

- 10) a) ogni giorno/ b) a giorni alterni/ c) una volta - d) due volte - alla settimana/
e) al bisogno
- 11) a) alla mattina/ b) alla sera/ c) al pomeriggio/ d) alla stessa ora/
e) mattina e sera
- 12) mattina, pomeriggio e sera
- 13) a) prima di/ b) dopo/ c) a stomaco pieno/ d) a digiuno
- 14) a) per ... giorni/ b) per ... settimane/ c) per ... mesi/ d) per sempre

Per questa ricetta in farmacia:

- a) non pagherà nulla
- b) pagherà un ticket
- c) pagherà il prezzo intero

12. CERTIFICATI

- 1) Le compilo un certificato:
 - a) di buona salute
 - b) assicurativo
 - c) per indennità di malattia
 - d) per attività sportiva
 - e) per infortunio sul lavoro e1) primo/
e2) continuativo/ e3) di chiusura

- 9) Seit wann?
- 10) Haben Sie sich impfen lassen? ja nein
- 11) Wann?
- 12) Gegen was?
- 13) Haben Sie in der Vergangenheit allergisch auf
Medikamente reagiert? ja nein
- 14) Auf welche Medikamente?
- 15) Wann?

11. THERAPEUTISCHE VERSCHREIBUNGEN

Ich verschreibe Ihnen:

- 1) a) Kompressen/ b) Tabletten/ c) Tropfen/ d) Kapseln/ e) Esslöffel Saft zu schlucken
- 2) mit auszuspülen
- 3) mit Umschläge zu machen
- 4) mit Bäder zu nehmen
- 5) a) Aerosol/ b) Inhalationen zu machen
- 6) Injektionen a) in die Muskeln/ b) Venen/ c) unter die Haut vornehmen zu lassen
- 7) a) Brausetabletten/ b) Tütchen/ c) Ampullen/ d) Pulver aufzulösen
- 8) a) Creme/ b) Salbe/ c) Tinktur/ d) Lösungen aufzutragen – einzuschmieren
- 9) a) Zäpfchen/ b) Vaginalzäpfchen/ c) Scheidenzäpfchen einzuführen

Das Medikament soll wie folgt eingenommen werden:

- 10) a) täglich/ b) jeden zweiten Tag/ c) einmal - d) zweimal - wöchentlich/
e) je nach Bedarf
- 11) a) am Vormittag/ b) am Abend/ c) am Nachmittag/ d) zur gleichen Uhrzeit/
e) morgens und abends
- 12) vormittags, nachmittags und abends
- 13) a) vor/ b) nach/ c) auf vollen Magen/ d) auf leeren Magen
- 14) a) für ... Tage/ b) für Wochen/ c) für Monate/ d) immer

Bringen Sie dieses Rezept in die Apotheke

- a) Sie müssen nichts bezahlen
- b) Sie zahlen das Ticket
- c) Sie zahlen den kompletten Preis

12. ATTEST

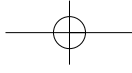
- 1) Ich stelle Ihnen folgendes Attest aus Gesundheitsbescheinigung
 - a) Attest für die Versicherung
 - b) Attest zum Antrag auf Krankengeld
 - c) Attest für sportliche Aktivitäten
 - d) Arbeitsunfallbescheinigung für ersten
 - e) e1) Arbeitsvertrag/ e2) kontinuierlichen
Arbeitsvertrag/ e3) auslaufender Arbeitsvertrag

WENN SIE EINEN ARZT ODER EINEN APOTHEKER BRAUCHEN

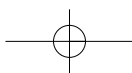
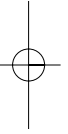
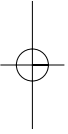
SE TI OCCORREN UN MEDICO O FARMACISTA

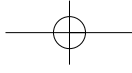
Dottore ho dolore alla testa	Herr/Frau Doktor, ich habe Kopfschmerzen
Dottore mi bruciano gli occhi	Doktor, meine Augen brennen
Dottore ho dolore alla gola	Doktor, ich habe Halsweh
Dottore ho dolore ai denti	Doktor, ich habe Zahnschmerzen
Dottore ho mal d'orecchio	Doktor, meine Ohren schmerzen
Dottore ho il raffreddore	Doktor, ich bin erkältet
Dottore mi esce sangue dal naso	Doktor, meine Nase blutet
Dottore ho la febbre	Doktor, ich habe Fieber
Dottore ho la tosse, vorrei uno sciroppo Hustensaft	Doktor, ich habe Husten und bräuchte einen Hustensaft
Dottore ho le vertigini	Doktor, mir ist schwindelig
Dottore ho mal di stomaco	Doktor, ich habe Magenschmerzen
Dottore ho la diarrea	Doktor, ich habe Durchfall
Dottore ho mal di pancia	Doktor, ich habe Bauchschmerzen
Dottore ho dolore a) alla schiena/ b) al braccio/ c) alla mano/ d) al piede/ e) al ginocchio/ f) alla caviglia	Doktor, a) mein Rücken/ b) mein Arm/ c) meine Hand/ d) mein Fuß/ e) mein Knie/ f) mein Knöchel tut weh
Dottore mi sono ustionato	Doktor, ich habe mich verbrannt
Dottore mi sono scottato al sole	Doktor, ich habe einen Sonnenbrand
Dottore ho rotto la dentiera	Doktor, meine dritten Zähne sind beschädigt
Dottore ho bisogno di un antinevralgico	Doktor, ich brauche ein Antineuralgikum
Dottore ho il naso chiuso	Doktor, ich bekomme keine Luft durch die Nase
Dottore vorrei un lassativo	Doktor, ich bräuchte ein Abführmittel
Dottore vorrei un collirio	Doktor, ich bräuchte ein Augenwasser
Dottore vorrei qualcosa per i dolori mestruali	Doktor, ich bräuchte etwas gegen Menstruationsbeschwerden
Dottore soffro di a) mal d'auto/ b) aereo	Doktor, mir wird im a) Auto/ b) Flugzeug übel
Dottore come si prende questo medicinale?	Doktor, wie wird diese Medizin eingenommen?
Dottore quante volte al giorno?	Doktor, wie oft am Tag?
Dottore ho una puntura di insetto	Doktor, ich wurde von einem Insekt gestochen
Dottore ho le vene varicose, vorrei una pomata	Doktor, ich habe Krampfadern und bräuchte eine Pomade
Dottore vorrei qualcosa contro le zanzare	Doktor, ich bräuchte etwas gegen Stechmücken
Dottore vorrei provare la pressione arteriosa	Doktor, ich möchte meinen Blutdruck messen lassen
Dottore ho bisogno a) del cotone idrofilo/ b) delle garze/ c) di bende	Ich bräuchte a) Verbandwatte/ b) Mull/ c) eine Binde
Dottore ho bisogno di un cerotto	Ich bräuchte ein Pflaster
Dottore ho bisogno di un disinfettante	Ich bräuchte ein Desinfektionsmittel
Dottore ho bisogno di un termometro	Ich bräuchte ein Thermometer
Dottore vorrei una siringa	Ich bräuchte eine Spritze
Dottore ho bisogno di un pacco di assorbenti igienici	Ich bräuchte eine Packung Damenbinden
Dottore ho bisogno di un pacco di pannolini per bambini	Ich bräuchte eine Packung Windeln
Dottore vorrei scegliere degli omogeneizzati	Ich möchte mir Babynahrung aussuchen
Dottore ho bisogno di un dentifricio	Ich bräuchte Zahnpasta
Dottore ho bisogno di un collutorio	Ich möchte ein Mundwasser
Dottore vorrei un prodotto omeopatico	Ich möchte ein homöopathisches Produkt
Dottore vorrei una pillola anticoncezionale	Ich möchte die Antibabypille
Dottore vorrei un antibiotico	Ich möchte ein Antibiotikum

Antibiotico	Antibiotikum
Analgesico/antidolorifico	Schmerzmittel
Antiparassitario	Schädlingsbekämpfungsmittel
Assorbenti	Binden
Biopsia	Biopsie
Bustine	Tütchen
Cerotto	Heftpflaster
Collutorio	Mundwasser
Colonscopia	Darmskopie
Comprese	Tablette
Crema	Creme
Dentifricio	Zahnpasta
Diabete	Diabetes
Disinfettante	Desinfektionsmittel
Ecografia	Ultraschalluntersuchung
Febbre	Fieber
Garza	Mull
Gastroscopia	Gastroskopie
Granulato	Granulat
Ipertensione	Bluthochdruck
Lassativo	Abführmittel
Lavanda ginecologica	Scheidenspülung
Lozione	Lotion
Mammografia	Mammographie
Ovuli	Eizelle
Pap-test	Abstrich
Pomata	Pomade
Prelievo del sangue	Blutentnahme
Radiografia	Röntgenaufnahme
Sedativo	Beruhigungsmittel
Sciroppo	Saft
Siringa	Spritze
Supposta	Zäpfchen
Spazzolino	Zahnbürste
Termometro	Thermometer
Test di gravidanza	Schwangerschaftstest
Tisana	Kräutertee
Vaccinazione	Impfung
Vaccino	Impfstoff

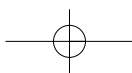
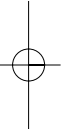
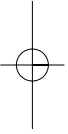


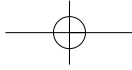
A series of horizontal lines forming a ruled writing area, spanning most of the width of the page.





A series of horizontal lines forming a ruled writing area, spanning most of the page width.





La diffusione di questa Guida Sanitaria nasce dalla stretta collaborazione con il Soroptimist Club di Merate: le nostre amiche di Merate hanno infatti ideato e pubblicato nel 2006 una Guida Sanitaria Multilingue diffondendo nel territorio e tra i Club Italiani.

La guida Sanitaria di Merate ha riscosso molti consensi da parte delle strutture ospedaliere, della Caritas, ma anche di associazioni e comunità che svolgono quotidianamente un'azione di sostegno ai cittadini stranieri, sempre più numerosi, nelle nostre realtà.

La guida che abbiamo realizzato per Biella è stata integralmente recepita e mantenuta, con tutte le lingue che sono state inserite ed utilizzate; è stata messa a disposizione del nostro territorio, con tutte le lingue delle etnie che la compongono, che comunque negli ultimi anni sono presenti anche nelle nostre aree.

Il Soroptimist svolge per vocazione e finalità l'azione di sostegno alle donne in ogni ambito e questo meraviglioso ed utilissimo progetto ne è un esempio.

A nome di tutto il club ringrazio di cuore le amiche di Merate, che hanno messo a disposizione la pubblicazione ed hanno consentito che anche nella Provincia di Biella la Guida Sanitaria Multilingue possa essere diffusa.

Ringrazio la PD Nazionale, Paola Pizzaferrì, la Presidente del Club di Merate, Valeria De Micheli che hanno consentito la realizzazione di questo progetto.

Ringrazio la nostra PD, Alessandra Bora Ceria che con il suo impegno ha materialmente reso possibile la diffusione; ringrazio la nostra socia, dott.ssa Antonella Croso dell'Asl di Biella, che si è prodigata per noi in ambito Sanitario.

Ringrazio la Direzione Generale dell'Asl di Biella per la sensibilità dimostrata; ringrazio i nostri partner che hanno sostenuto anche economicamente il progetto: Feltyde grafica, stampa e web di Biella; Marco Castellano Consulente e Assicuratore Credito e Cauzioni. Ag. di Biella; AXA Assicurazioni M.T Consulenza Assicurativa di Massimo Tara & C.; HxH Hair For Heroes; Hour Beauty Spa Biella.

Oggi anche presso le sedi dell'Asl di Biella è possibile trovare questo documento, un valido supporto nel momento delicato dell'accoglienza e dell'integrazione delle donne in ambito medico, ma non solo. La barriera linguistica è il primo vero ostacolo da superare.

Raffaella Miori
Presidente Soroptimist Club Biella