

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 |

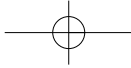
### 3. DIETA

- 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 |



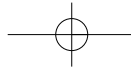


## 5. ANAMNESI FAMILIARE - FISIOLOGICA

- 1) È sposato?  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. FAMILY ANAMNESIS - PHYSIOLOGICAL**

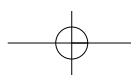
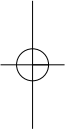
- 1) Are you married?  yes  no
- 2) Do you live with a partner?  yes  no
- 3) Do you have any children?  yes  no
- 4) How many?
- 5) How old are they?
- 6) Does anyone in your family suffer from significant illnesses such as
  - a) diabetes/ b) arterial hypertension/ c) heart disease/ d) genetic diseases/
  - 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?

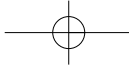


5



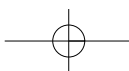
**7. ANAMNESI PATOLOGICA/INTERVISTA AL PAZIENTE**

- 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

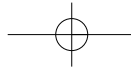


**7. PATHOLOGICAL ANAMNESIS/PATIENT INTERVIEW**

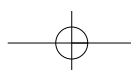
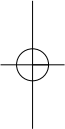
- 1) Do you have medical documents about a) check-ups/ b) hospital admissions/ c) surgery/ d) blood tests/ e) instrumental exams?
- 2) Have you had: a) surgery  yes  no  
 b) accidents at work  yes  no  
 c) accidents at home  yes  no
- 3) When you were a child did you have: a) chicken pox  yes  no  
 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:
- a) protesi valvolari
  - b) pacemaker
  - c) defibrillatore
- 22) Ha disturbi intestinali?
- a) diarrea
  - b) stitichezza
- 23) Ha:
- a) dolori addominali
  - b) nausea
  - c) vomito
- 24) Ha quando urina:
- a) bruciore
  - b) dolore
  - c) difficoltà
- 25) Ha disturbi dell'erezione?
- 26) Deglutisce con difficoltà?
- 27) Rigurgita il cibo?
- 28) È recentemente:
- a) diminuito
  - b) aumentato di peso
- 29) Quanto e in quanto tempo?
- 30) Ha febbre?
- 31) Quanta?
- 32) Quando?
- 33) Ha notato a) ingrossamento/ b) dolore delle ghiandole?
- c) collo
  - d) inguine
  - e) ascelle
- 34) Si sente stanco?
- 35) Soffre o ha sofferto di qualche malattia della pelle?
- 36) Ha sulla pelle:
- a) prurito
  - b) bruciore
- 37) Dove è localizzato?
- 38) Ha disturbi della:
- a) vista
  - b) udito
- 39) Soffre di:
- a) mal di denti
  - b) di gola
- 40) Ha:
- a) dolore al torace
  - b) tosse
  - c) catarro
- 41) Ha dolori:
- a) articolari
  - b) muscolari
- 42) Localizzati dove?
- 43) Soffre di mal di testa?
- 44) Soffre di:
- a) ansia
  - b) depressione
  - c) variazioni dell'umore



- 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

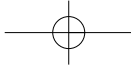




- 45) Ha subito: a) interventi chirurgici  si  no  
b) ricoveri in ospedale  si  no
- 46) Quando e in quale ospedale?
- 47) Ha subito: a) traumi  si  no  
b) incidenti stradali  si  no  
c) è stato ferito  si  no  
d) le sono stati dati punti di sutura  si  no
- 48) È stato: a) ingessato  si  no  
b) 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

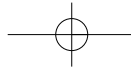
- 10) Mantenga sollevata a) la gamba/ b) il braccio
- 11) Chiuda gli occhi
- 12) Cammini 7 passi a) avanti/ b) indietro
- 13) A casa misuri a) la temperatura/ b) la pressione
- 14) Torni al controllo il giorno

## 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

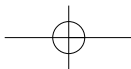
**9. REQUEST FOR BLOOD TESTS/INSTRUMENTAL TESTS**

- 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:

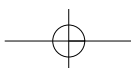
- 10) a) ogni giorno/ b) a giorni alterni/ c) una volta - d) due volte - alla settimana/  
e) al bisogno
- 11) a) alla mattina/ b) alla sera/ c) al pomeriggio/ d) alla stessa ora/  
e) mattina e sera
- 12) mattina, pomeriggio e sera
- 13) a) prima di/ b) dopo/ c) a stomaco pieno/ d) a digiuno
- 14) a)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

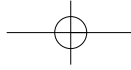
Per questa ricetta in farmacia:

- 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