

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**

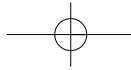
- 1) Вы состоите в браке?  да  нет
- 2) Сожительствуете с кем-либо?  да  нет
- 3) У Вас есть дети?  да  нет
- 4) Сколько их?
- 5) Сколько им лет?
- 6) Ваши родственники страдают от серьезных заболеваний таких, как  
 а) диабет/ б) повышенное кровяное давление/ с) сердечные заболевания/  
 д) генетические 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) Болеете 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) Болеете ли Вы диабетом?                                         да    нет
- 14) Болеете ли Вы болезнями: а) щитовидной железы             да    нет  
                                  б) надпочечников                         да    нет  
                                  в) гипофиза                                 да    нет
- 15) Болеете ли Вы почечными заболеваниями?                 да    нет
- 16) Находитесь ли Вы на диализе?                                  да    нет
- 17) Болеете 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