AZIENDA OSPEDALIERA DELLA PROVINCIA DI PAVIA
Sede Legale: Viale Repubblica, 34 - 27100 PAVIA
Tel. 0382 530596 - Telefax 0382 531174
www.ospedali.pavia.it

FRANCESE	FRANÇAIS
Scheda multilingue per le pazienti straniere	Forme multilingue pour les patients étrangers

Gentile signora, in questo momento lei si trova nel reparto di ostetricia e ginecologia queste domande le sono rivolte per prestarle una migliore assistenza, la preghiamo di rispondere con la massima precisione. *Madame, vous vous trouvez maintenaint dans la structure de obstetrique e gynecologie. Ces questions vous sont posees pour vous fournir la meilleure assistance, nous vous prions de repondre avec la plus grande precision possible.*

Nome/Prénom	
Cognome/Nom	
Data di nascita/Date de naissance	
Luogo di nascita/Lieu de naissance	

DONNA IN GRAVIDANZA	**FEMME EN GROSSESSE**
GRAVIDANZE PRECEDENTI	**GROSSESSES PRÉCÉDENTES**
❑ sì ❑ no	❑ oui ❑ non
quante?…n°……	combien? n°.....
di ognuna indicare: ❑ aborto spontaneo ❑ interruzione di gravidanza ❑ gravidanza normale ❑ con patologie ❑ parto naturale ❑ taglio cesareo	de chaque une indiquer: ❑ avortement spontanée ❑ interruption de grossesse ❑ grossesse normale ❑ grossesse avec pathologie ❑ accouchement naturel ❑ césarienne
anno di nascita del bambino……	année de naissance de l'enfant ….....
peso alla nascita del bambino……	poids à la naissance de l'enfant ….....
condizioni del bambino dopo la nascita 1. _____ 2. _____ 3. _____ 4. _____	conditions de l'enfant après la naissance. 1. _____ 2. _____ 3. _____ 4. _____
GRAVIDANZA ATTUALE	**GROSSESSE ACTUELLE**
ultima mestruazione _____	date de la dernière menstruation _____
e' necessario visionare gli esami eseguiti	il est nécessaire voir les examens déjà effectuées
e' necessario conoscere la terapia in corso	il est necéssaire connaitre la thérapie en cours
se non ha effettuato esami: PERCHÉ?	si vous n'avez pas effectue d'examens: POURQUOI?
ha mai avuto problemi in questa gravidanza? ❑ SI ❑ NO	avez vous jamais eu de problèmes pendant cette grossesse? ❑ OUI ❑ NON
❑ minaccia di aborto	❑ menace d'avortement
❑ parto prematuro	❑ accouchement prématuré
❑ diabete	❑ diabète
❑ pressione alta	❑ hypertension (tension artérielle élevée)
❑ altro	❑ autres problèmes ….....

e' mai stata ricoverata in questa gravidanza ❑ SI ❑ NO se sì dovremmo vedere la lettera di dimissione	avez vous jamais été hospitalisée pendant cette grossesse? ❑ OUI ❑ NON en cas affirmatif il est nécessaire voir la lettre de l'hopital
chi la segue in gravidanza?	qui vous suit pendant la grossesse?
peso iniziale peso attuale _____kg _____kg	votre poids initial poids actuel _____kg _____kg
PROBLEMI GINECOLOGICI	**PROBLEMES GYNECOLOGIQUES**
❑ pregressi interventi ginecologici ed indicazioni	❑ précédentes intervention gynécologiques et leur indications
❑ pregresse vaginiti recidivanti	❑ précédentes vaginites récidivantes
data ultimo PAP-test: eseguito:.....	date du dernier PAP test: ….....
risposta: ❑ normale ❑ alterato	résultat du PAP test: ❑ normal ❑ altéré
è possibile visionare il PAP-test	est-il possible de voir le résultat du PAP test?

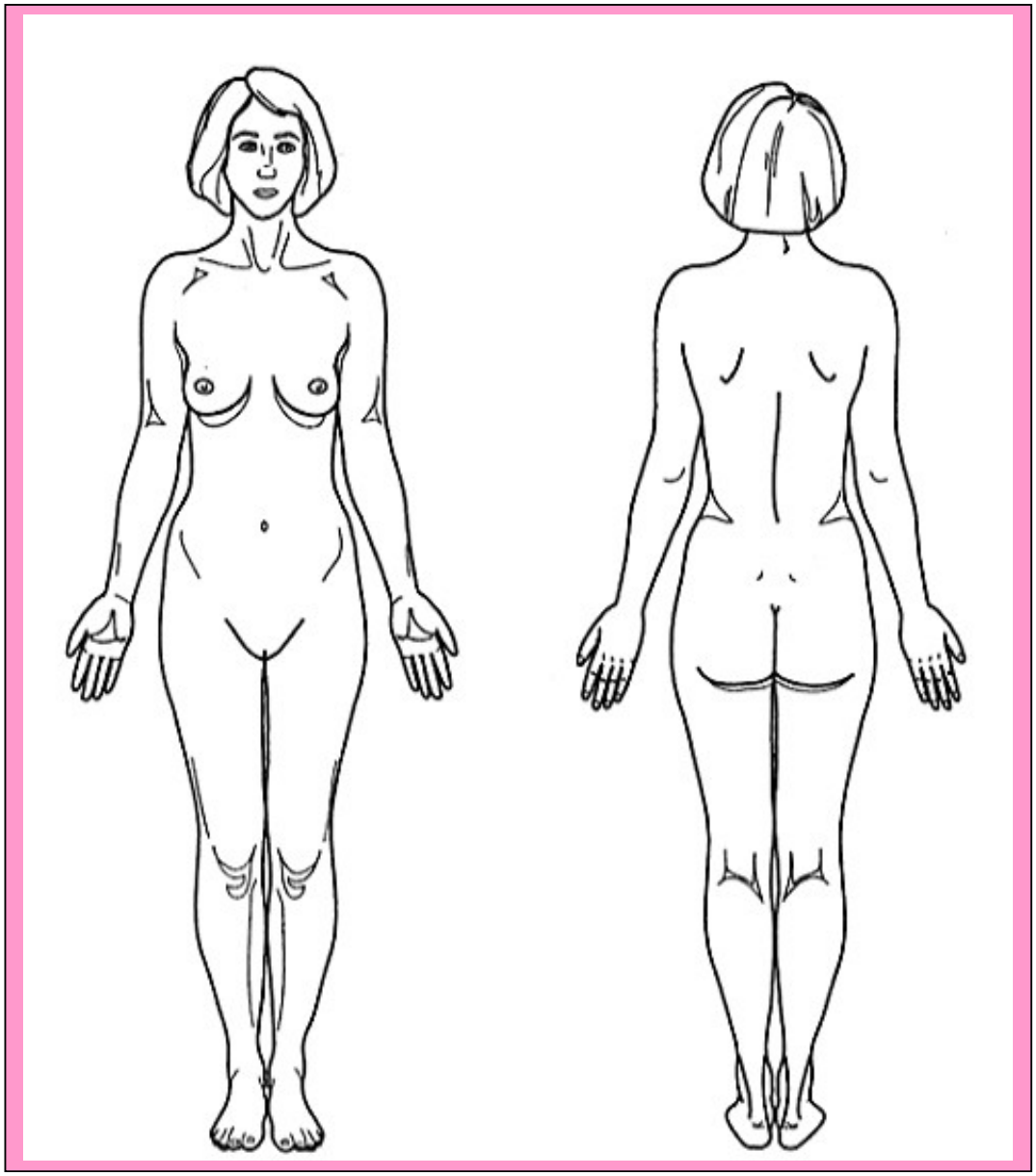
HYPERTENSION (IPERTENSIONE)	❑ oui (si)	❑ non (no)
D'AUTRES MALADIES CARDIOVASCULAIRES (altre malattie cardiovascolari)		
DIABETE (diabete)	❑ oui (si)	❑ non (no)
MALADIES DES BRONCHES ET DES POUMONS (malattie broncopolmonari)	❑ oui (si)	❑ non (no)
MALADIES INFECTUEUSES ANTECEDENTES (malattie infettive pregresse)	❑ oui (si)	❑ non (no)
ANTECEDENTS D'ANXIETE OU DE DEPRESSION (precedenti di ansieta e depressione)	❑ oui (si)	❑ non (no)
MALADIES GASTRIQUES OU INTESTINALES (malattie gastrointestinali)	❑ oui (si)	❑ non (no)
DERMATITES (dermatiti)	❑ oui (si)	❑ non (no)
PATOLOGIE DE LA THYROIDE (patologie tiroidee) ❑ hypothyroïdie (ipotiroidismo) ❑ hyperthyroïdie (ipertiroidismo)	❑ oui (si)	❑ non (no)
AUTRES MALADIES (ALTRE MALATTIE) SPECIFIEZ (SPECIFICARE) _____	❑ oui (si)	❑ non (no)
ANTECEDENTS D'INTERVENTION CHIRURGICALE (pregressi interventi chirurgici) SPECIFIEZ (specificare) _____	❑ oui (si)	❑ non (no)
ALLERGIES (allergie) SPECIFIEZ (specificare) _____	❑ oui (si)	❑ non (no)
HOSPITALISATIONS (ricoveri ospedalieri)	❑ oui (si)	❑ non (no)

PRENEZ VOUS DES MEDICAMENTS ? (assume farmaci ?)

PROGESTERONE	❑ oui (si)	❑ non (no)	ACIDE FOLIQUE	❑ oui (si)	❑ non (no)
MYORELAXANTS (miolene/vasosuprine)	❑ oui (si)	❑ non (no)	MULTIVITAMINIQUES (multivitaminici)	❑ oui (si)	❑ non (no)
ANTI-HYPERTENSIFS	❑ oui (si)	❑ non (no)	FER (ferro)	❑ oui (si)	❑ non (no)
HEPARINE (ebpm)	❑ oui (si)	❑ non (no)	PARACETAMOL (tachipirina)	❑ oui (si)	❑ non (no)
ANTIBIOTIQUES (antibiotici)	❑ oui (si)	❑ non (no)	specifiez lesquels (specificare) …… …… ……		
IMMUNIZATIONS PENDANT LA GROSSESSE (vaccinazioni in gravidanza) …… …… …… ……			AUTRES MEDICAMENTS (altri farmaci) …… …… …… ……		

ACCESSO IN PRONTO SOCCORSO X GRAVIDANZA ACCES AU SERVICE D'URGENCE POUR GROSSESSE

ITALIANO	FRANÇAIS
SENTI DOLORE? ❑ SÌ ❑ NO SPIEGA COME TI SENTI: ❑ DEBOLE ❑ ANSIOSA ❑ NAUSEATA ❑ NESSUNO DI QUESTI SINTOMI	AS TU DES DOULEURS? ❑ OUI ❑ NON TE SENS TU: ❑ FAIBLE ❑ ANXIEUSE ❑ DE LA NAUSEE ❑ AUCUN DE CES SYMPTOMES
IL DOLORE E' FORTE? ❑ NO ❑ SÌ, QUANTO? ESPRIMI IN SCALA DA 1 A 10 DOVE 1 È IL MINIMO E 10 IL MASSIMO 1 2 3 4 5 6 7 8 9 10 COME E' IL DOLORE? ❑ CONTINUO ❑ INTERMITTENTE	LA DOULEUR EST-ELLE FORTE? ❑ NON ❑ OUI, COMBIEN? QUANTIFIE LA DOULEUR SUR UNE ECHELLE DE 1 A 10 OU 1 EST LA MOINDRE ET 10 LA MAXIMALE 1 2 3 4 5 6 7 8 9 10 COMMENT EST LA DOULEUR? ❑ CONTINUELLE ❑ INTERMITTENTE
DA QUANTO TEMPO È PRESENTE? ❑ DA UN' ORA ❑ N° ……. ORE ❑ DA UN GIORNO ❑ DA UNA SETTIMANA	DEPUIS COMBIEN DE TEMPS ELLE EST PRESENTE? ❑ DEPUIS UNE HEURE ❑ DEPUIS …..... HEURES ❑ DEPUIS UN JOUR ❑ DEPUIS UNE SEMAINE
QUANTO DURA?……..… OGNI QUANTO TEMPO VIENE?…….....	COMBIEN DE TEMPS DURE-T-ELLE?…… APRES COMBIEN DE TEMPS ELLE SE REPETE?……
E' LA PRIMA VOLTA CHE HAI QUESTO DOLORE? ❑ SI ❑ NO	C'EST LA PREMIERE FOIS QUE VOUS AVEZ CETTE DOULEUR? ❑ OUI ❑ NON
QUANDO IL DOLORE E' COMINCIATO, COSA STAVI FACENDO? (UNA O PIU' RISPOSTE) ❑ RIPOSANDO ❑ LAVORANDO FISICAMENTE ❑ MANGIANDO ❑ EMOZIONANDOMI ❑ URINANDO ❑ ANDAVO DI CORPO ❑ VOMITANDO ❑ TOSSENDO ❑ AVEVO AVUTO UN RAPPORTO SESSUALE	QU'ETIEZ-VOUS EN TRAIN DE FAIRE QUAND LA DOULEUR A COMMENCE? (UNE OU PLUS REPONSES) ❑ JE REPOSAIS ❑ JE TRAVAILLAIS (TRAVAUX MANUELS) ❑ JE MANJEAIS ❑ J'AVAIS UNE EMOTION ❑ J'URINAIS ❑ J'ALLAIS A LA SELLE ❑ JE VOMISSAIS ❑ JE TOUSSAIS ❑ J'AVAIS UN RAPPORT SEXUEL
ASSOCIATE CI SONO PERDITE DI SANGUE? ❑ SI ❑ NO ❑ ROSSO VIVO ❑ ROSSO SCURO ❑ MARRONI ❑ SCARSE ❑ COME UNA MESTRUAZIONE ❑ PIÙ DI UNA MESTRUAZIONE SONO COMPARSE COL DOLORE? ❑ SÌ ❑ NO DA QUANTO TEMPO LE HA? (ORE/GIORNI/SETTIMANE) ……..……	IL Y A AUSSI DES PERTES VAGINALES DE SANG? ❑ OUI ❑ NON ❑ ROUGE VIF ❑ ROUGE FONCE ❑ BRUNES ❑ MOINDRES ❑ COMME UNE MENSTRUATION ❑ PLUS D'UNE MENSTRUATION SONT-ELLES APPARUES A MEME TEMPS QUE LA DOULEUR? ❑ OUI ❑ NON DEPUIS COMBIEN DE TEMPS LES AVEZ-VOUS? (HEURES/JOURS/SEMAINES) ……..
ASSOCIATE CI SONO PERDITE DI LIQUIDO? ❑ TRASPARENTE ❑ GIALLO ❑ MARRONCINO ❑ VERDE ❑ INODORE ❑ PUZZOLENTE ❑ SCARSE ❑ ABBONDANTI SONO COMPARSE COL DOLORE? ❑ SÌ ❑ NO DA QUANTO TEMPO LE HAI? (ORE/GIORNI/SETTIMANE) ……	IL Y A AUSSI DES PERTES VAGINALES? ❑ TRANSPARENTES ❑ JAUNES ❑ BRUNES ❑ VERTES ❑ INODORES ❑ PUANTES ❑ MOINDRES ❑ ABONDANTES SONT-ELLES APPARUES A MEME TEMPS QUE LA DOULEUR? ❑ OUI ❑ NON DEPUIS COMBIEN DE TEMPS LES AVEZ-VOUS? (HEURES/JOURS/SEMAINES)……



MOSTRAMI DOVE SENTI DOLORE E DOVE SI ESTENDE.
Utilizza il disegno o fammi vedere sul tuo corpo.

MONTRE MOI OU EST-CE-QUE TU SENS LA DOULEUR ET OU EST-CE-QUE ELLE S'ETEND.
Utilise le dessin ci-joint ou montre moi sur ton corps.

AUTRES SYMPTOMES (ALTRI SINTOMI):

ITALIANO	FRANÇAIS
HAI FEBBRE? ❑ SI ❑ NO FAI FATICA A RESPIRARE? ❑ SI ❑ NO HAI AVUTO TOSSE CON CATARRO? ❑ SI ❑ NO TI SI GONFIANO I PIEDI O LE MANI? ❑ SI ❑ NO HAI VERTIGINI? ❑ SI ❑ NO	*AS-TU DE LA FIEVRE?* ❑ OUI ❑ NON *AS-TU DES DIFFICULTES DE RESPIRATION* ❑ OUI ❑ NON *AS-TU EU DE LA TOUX AVEC CRACHATS* ❑ OUI ❑ NON *LES PIEDS ET LES MAINS SE GONFLENT-ILS?* ❑ OUI ❑ NON *AS-TU DES VERTIGES?* ❑ OUI ❑ NON
HAI DISTURBI UDITIVI? ❑ SÌ ❑ NO	*AS-TU DES PROBLEMES D'OUÏE?* ❑ OUI ❑ NON
HAI DISTURBI VISIVI? ❑ SI ❑ NO	*AS-TU DES PROBLEMES DE VUE?* ❑ OUI ❑ NON
HAI CEFALEA? ❑ SÌ ❑ NO	*AS-TU MAL A LA TETE?* ❑ OUI ❑ NON
HAI AVUTO VOMITO? ❑ NO ❑ SÌ ❑ CIBO ❑ LIQUIDI ❑ SANGUE ❑ BILE	AS-TU VOMI? ❑ NON ❑ OUI ❑ ALIMENTS ❑ LIQUIDES ❑ SANG ❑ BILE
HAI AVUTO NAUSEA? ❑ SI ❑ NO	AS-TU EU DE LA NAUSEE? ❑ OUI ❑ NON
HAI DEFECATO REGOLARMENTE? ❑ SÌ ❑ NO ❑ STIPSI ❑ DIARREA	EST-TU ALLEE A LA SELLE REGULIEREMENT ❑ OUI ❑ NON ❑ CONSTIPATION ❑ DIARRHEE
HAI URINATO REGOLARMENTE? ❑ SÌ ❑ NO ❑ CON BRUCIORE ❑ CON DIFFICOLTA'	AS-TU URINE REGULIEREMENT? ❑ OUI ❑ NON ❑ ÇA BRULE ❑ AVEC DIFFICULTE

ACCES AU SERVICE D'URGENCE POUR TRAUMATISME PENDANT LA GROSSESSE
ACCESSO IN PRONTO SOCCORSO PER TRAUMA IN GRAVIDANZA

ITALIANO	FRANÇAIS
HAI AVUTO UN INCIDENTE STRADALE? ❑ SI ❑ NO	AS-TU EU UN ACCIDENT ROUTIER? ❑ OUI ❑ NON
STAVI GUIDANDO TU? ❑ SI ❑ NO	TU CONDUISAIS? OUI ❑ NON ❑
DOVE HAI RICEVUTO IL TRAUMA? UTILIZZA L'IMMAGINE PRECEDENTE PER INDICARNE IL PUNTO.	OU AS-TU REÇU LE TRAUMATISME? UTILISE L'IMAGE POUR INDIQUER.
INDICA QUALI SONO LE PARTI DEL CORPO CONTUSE. SE HAI ARTICOLAZIONI CON RIDOTTA MOBILITÀ, INDICA QUALI.	INDIQUE OU EST-CE-QUE TU AS DES CONTUSIONS. SI TU AS DES ARTICULATIONS AVEC MOBILITE REDUITE INDIQUE LESQUELLES
HAI SUBITO VIOLENZA SESSUALE? ❑ SI ❑ NO	AS-TU SUBI UNE VIOLENCE SEXUELLE? ❑ OUI ❑ NON
HAI AVUTO UNA AGGRESSIONE ? ❑ SI ❑ NO	AS-TU SUBI UNE AGRESSION? ❑ OUI ❑ NON
COME TI SENTI? ❑ MEGLIO ❑ PEGGIO ❑ COME PRIMA	COMMENT TE SENS TU ? ❑ MIEUX ❑ PIRE ❑ COMME AVANT
ADESSO EFFETTUEREMO ALCUNI ACCERTAMENTI: ❑ VISITA OSTETRICA VAGINALE ❑ ECOGRAFIA ❑ CARDIOTOCOGRAFIA ❑ PRELIEVO DI SANGUE	MAINTENANT NOUS FERONS QUELQUES EXAMENS: ❑ VISITE OBSTETRIQUE VAGINALE ❑ ECHOGRAPHIE ❑ CARDIOTOCOGRAPHIE ❑ PRISE DE SANG
TI PROPONIAMO: ❑ DI RICOVERARTI IN OSSERVAZIONE ❑ DI RICOVERARTI PER COMPLETARE GLI ACCERTAMENTI ❑ DI RICOVERARTI PER EFFETTUARE LA TERAPIA NECESSARIO ❑ DI RIMANDARTI A CASA CON ALCUNE INDICAZIONI ❑ DI TRASFERIRTI PRESSO UN OSPEDALE PIÙ ADATTO A RISOLVERE IL PROBLEMA CHE SI È PRESENTATO.	NOUS TE PROPOSONS: ❑ DE T'HOSPITALISER EN OBSERVATION ❑ DE T'HOSPITALISER POUR COMPLETER LES EXAMENS ❑ DE T'HOSPITALISER POUR EFFECTUER LA THERAPIE NECESSAIRE ❑ DE TE RENVOYER A DOMICILE AVEC DES INDICATIONS ❑ DE TE TRANSFERER DANS UN HOPITAL PLUS ADAPTE POUR RESOUDRE TON PROBLEME DE SANTE.

ACCES AU SERVICE D'URGENCE POUR UN PROBLEME PENDANT LA PUERPERALITE
(ACCESSO AL PRONTO SOCCORSO PER UN PROBLEMA IN PUERPERIO)

HAI PERDITE DI SANGUE: ❑ ABBONDANTI ❑ MALEODORANTI	AS-TU DES PERTES DE SANG? ❑ ABONDANTES ❑ PUANTES
HAI DOLORE ❑ IN SEDE DI TAGLIO CESAREO ❑ IN SEDE DI SUTURA VULVO-VAGINALE	AS-TU DES DOULEURS? ❑ SUR LA SUTURE DE LA CESARIENNE ❑ SUR LA SUTURE VULVO-VAGINALE
HAI PROBLEMI CON L'ALLATTAMENTO ❑ MAMMELLA DOLENTE ❑ MAMMELLA ARROSSATA ❑ SENO TROPPO PIENO E CHE SI SVUOTA CON DIFFICOLTÀ ❑ ZONA ASCELLARE GONFIA O DOLENTE	AS-TU DES PROBLEMES D'ALLAITEMENT? ❑ DOULEUR AU SEIN ❑ SEIN ROUGI ❑ SEIN TROP PLEIN ET DIFFICILE A VIDER ❑ ZONE AXILLAIRE GONFLEE OU DOULOUREUSE
RIMEDI DOLORE SUTURA VULVO-VAGINALE: ❑ CIAMBELLA/SALVAGENTE PER SEDERSI ❑ GHIACCIO ❑ IMPACCHI CON ACQUA E CLOREXIDINA	REMEDES POUR DOULEUR SUR LA SUTURE VULVO-VAGINALE ❑ COUSSIN EN COURONNE ❑ GLACE ❑ COMPRESSES D'EAU ET CHLOREXIDINE
RIMEDI PROBLEMI MAMMELLA: ❑ PARACETAMOLO X DOLORE E/O FEBBRE ❑ IMPACCHI CALDO-UMIDI (X INGORGHI) ❑ RICOTTA PER DECONGESTIONARE E RIDURRE IL DOLORE ❑ ATTACCO DEL BAMBINO CON LABBRO INFERIORE VERSO LA ZONA INGORGATA ❑ SE TEMPERATURA ALTA NON CONTROLLARLA ALL'ASCELLA	REMEDES POUR PROBLEMES AU SEIN ❑ PARACETAMOL POUR LES DOULEURS ET LA FIEVRE ❑ COMPRESSES CHAUDES ET HUMIDES POUR L'ENGORGEMENT ❑ RICOTTA POUR DECONGESTIONNER ET REDUIRE LA DOULEUR ❑ ATTACHER LE NOURRISSON AU SEIN AVEC LA LEVRE INFERIEURE VERS LA ZONE ENGORGEE ❑ SI TEMPERATURE ELEVEE NE PAR LA MESURER DANS L'AISSELLE