



ALBANESE

SCHEDA MULTILINGUE DI ACCOGLIENZA DEI PAZIENTI STRANIERI IN
ACCESSO AL PRONTO SOCCORSO OSPEDALIERO

SKEDA SHUMEGJUHESHE E MIKPRITJE TËTE HUAJVE N Ë NDEHMEN E SHPEJTE

<p>GENTILE SIGNORA/GENTILE SIGNORE, IN QUESTO MOMENTO LEI SI TROVA AL PRONTO SOCCORSO DI..... QUESTE DOMANDE LE SONO RIVOLTE PER PRESTARLE UNA MIGLIORE ASSISTENZA, LA PREGHIAMO DI RISPONDERE CON LA MASSIMA PRECISIONE.</p>	<p>E/I NDERUAR ZONJE/ZOTERI, NE KETE MOMENT JU NDODHENI NE REPARTIN E NDIHMES SE SHPEJTE TE SPITALIT TE PYETJET QE VIJOJNE JU BEHEN PER TU DHENE NJE NDIHME SA ME TE MIRE. JU LUTEMI TE PERGJIGJENI ME NE MENYRE TE QARTE E PRECIZE.</p>
---	--

<p>COGNOME, NOME MBIEMER- EMER:</p> <p>.....</p> <p>.....</p>	<p>LUOGO DI NASCITA, STATO VENDLINDJE, SHTETEI</p> <p>.....</p> <p>.....</p>
--	---

<p>DATA DI NASCITA DATELINDJE</p> <p>.....</p>	<p>DOMICILIO ADRESA</p> <p>.....</p> <p>.....</p>
---	--

<p>DOBBIAMO AVVISARE DEI FAMILIARI? <input type="checkbox"/> SI <input type="checkbox"/> NO</p> <p><i>DUHET TE LAJMEROJME FAMILJEN?</i> <input type="checkbox"/> PO <input type="checkbox"/> JO</p>	<p>GRUPPO SANGUIGNO E FATTORE RH GRUP GJAKU DHE RH (REZUS)</p> <p>.....</p>
--	--

ALLERGIE O INCOMPATIBILITÀ (FARMACOLOGICHE)
INI ALERGJIK OSE KENI REAKSIONE NGA MEDIKAMENTE?

.....

.....

GRAVIDANZA? SI NO

INI SHTATEZANE? PO JO

NESE PO:

1 MUAJSHE

2 MUAJSHE

3 MUAJSHE

ASST DI PAVIA

PREGRESSO INFARTO DEL MIOCARDIO	<input type="checkbox"/>	SI	<input type="checkbox"/>	NO
<i>KENI PESUAR NDONJ INFRAKT ME PARE?</i>	<input type="checkbox"/>	PO	<input type="checkbox"/>	JO
ANGINA PECTORIS	<input type="checkbox"/>	SI	<input type="checkbox"/>	NO
<i>KENI ANGINA PEKTORIS? (DHIMBJE ZEMRE)</i>	<input type="checkbox"/>	PO	<input type="checkbox"/>	JO
IPERTENSIONE	<input type="checkbox"/>	SI	<input type="checkbox"/>	NO
<i>IPERTENSIONE</i>	<input type="checkbox"/>	PO	<input type="checkbox"/>	JO
STIMOLATORE CARDIACO	<input type="checkbox"/>	SI	<input type="checkbox"/>	NO
<i>KINI PACEMAKER?</i>	<input type="checkbox"/>	PO	<input type="checkbox"/>	JO
ALTRE MALATTIE CARDIOVASCOLARI				
<i>KINI SEMUNDJE TE TJERA TE ZEMRES?</i>				
.....				
DIABETE	<input type="checkbox"/>	SI	<input type="checkbox"/>	NO
<i>INI ME DIABET?</i>	<input type="checkbox"/>	PO	<input type="checkbox"/>	JO
DIALISI	<input type="checkbox"/>	SI	<input type="checkbox"/>	NO
<i>BENI DIALISE?</i>	<input type="checkbox"/>	PO	<input type="checkbox"/>	JO
MALATTIE BRONCOPOLMONARI	<input type="checkbox"/>	SI	<input type="checkbox"/>	NO
<i>KENI SEMUNDJE BRONKOPOLMPNARE?</i>	<input type="checkbox"/>	PO	<input type="checkbox"/>	JO
MALATTIE INFETTIVE PREGRESSE	<input type="checkbox"/>	SI	<input type="checkbox"/>	NO
<i>KENI PATE SEMUNDJE INFEKTIVE ME PARE?</i>	<input type="checkbox"/>	PO	<input type="checkbox"/>	JO
PRECEDENTI DI ANSIETA E DEPRESSIONE	<input type="checkbox"/>	SI	<input type="checkbox"/>	NO
<i>KENI PATE ME PARE SHQETESIME E DEPRESION?</i>	<input type="checkbox"/>	PO	<input type="checkbox"/>	JO
MALATTIE NEUROLOGICHE	<input type="checkbox"/>	SI	<input type="checkbox"/>	NO
<i>KENI PATE ME PARE SEMUNDJE NEUROLOGJIKE?</i>	<input type="checkbox"/>	PO	<input type="checkbox"/>	JO
MALATTIE GASTROINTESTINALI	<input type="checkbox"/>	SI	<input type="checkbox"/>	NO
<i>KENI PATE ME PARE SEMUNDJE TE APARATIT TRETES?</i>	<input type="checkbox"/>	PO	<input type="checkbox"/>	JO
MALATTIE CUTANEE	<input type="checkbox"/>	SI	<input type="checkbox"/>	NO
<i>KENI PATE ME PARE SEMUNDJE TE LEKURES?</i>	<input type="checkbox"/>	PO	<input type="checkbox"/>	JO
RICOVERI OSPEDALIERI	<input type="checkbox"/>	SI	<input type="checkbox"/>	NO
<i>KENI QENE NE SPITAL ME PARE?</i>	<input type="checkbox"/>	PO	<input type="checkbox"/>	JO

ASST DI PAVIA

ORGANO TRAPIANTATO

KENI NDONJE TRAPIANT ORGANI?

.....

TERAPIA IN ATTO

PO BENI NDONJE KURE NE KETE MOMENT?

.....

.....

NOME DEI FARMACI

EMRAT E ILACEVE QE PO PINI?

.....

.....

DATE DI ASSUNZIONE

DATA NE TE CILEN I KENI PIRE PER HERE TE FUNDIT

.....

ASST DI PAVIA

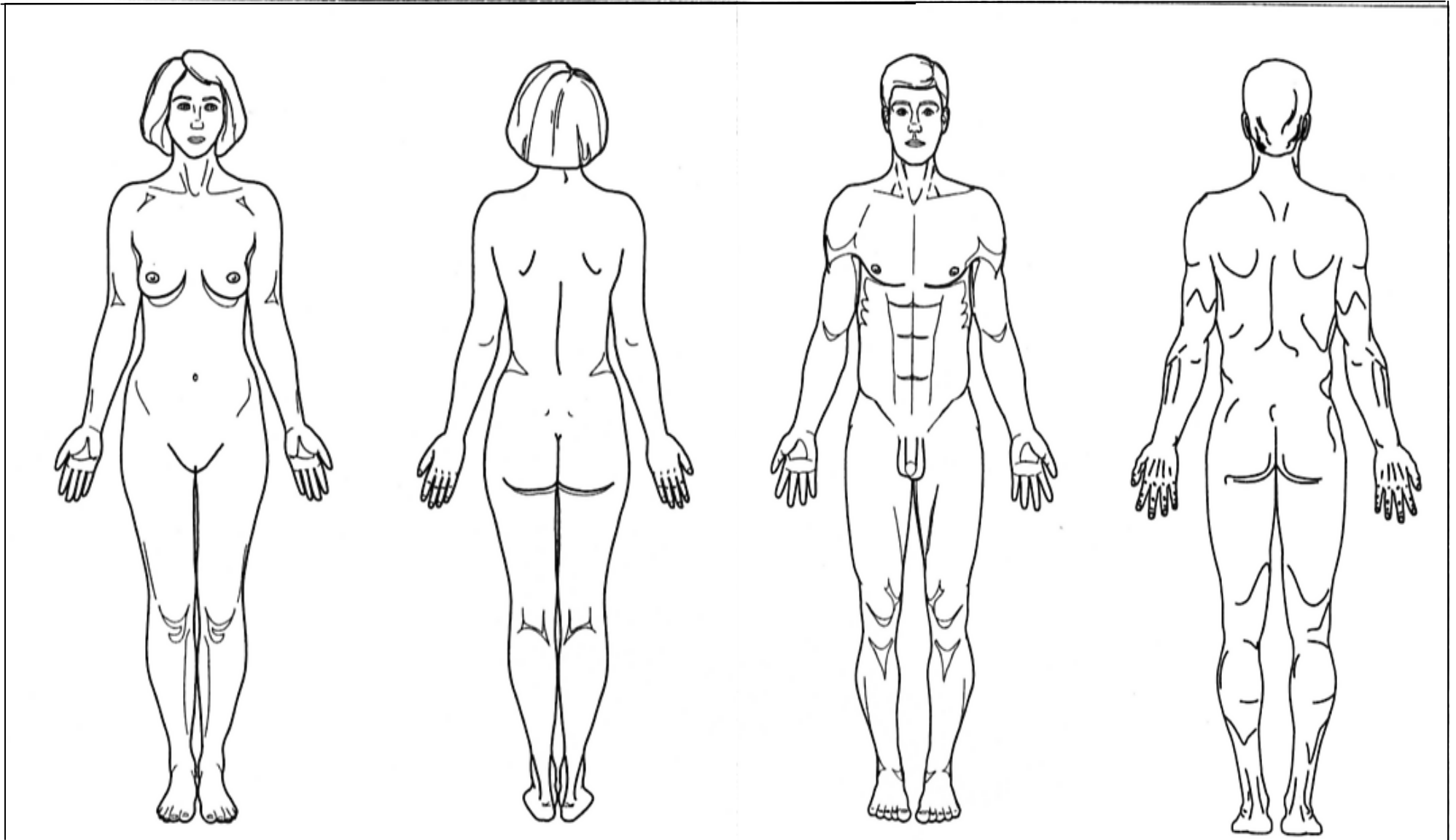
ANTICOAGULANTI <i>ANTI-KOGULANT(KUNDER MPIKSJES SE GJAKUT)</i>	<input type="checkbox"/> SI <input type="checkbox"/> PO	<input type="checkbox"/> NO <input type="checkbox"/> JO	ANTIDIABETICI <i>KUNDER DIABETIT</i>	<input type="checkbox"/> SI <input type="checkbox"/> PO	<input type="checkbox"/> NO <input type="checkbox"/> JO
ANTIANGINOSI <i>ANTIANGINOZ(KUNDER DHIMBJES SE ZEMRES)</i>	<input type="checkbox"/> SI <input type="checkbox"/> PO	<input type="checkbox"/> NO <input type="checkbox"/> JO	ANTIARITMICI <i>ANTIARITMIK</i>	<input type="checkbox"/> SI <input type="checkbox"/> PO	<input type="checkbox"/> NO <input type="checkbox"/> JO
ANTI-IPERTENSIVI <i>ANTI IPERTENSIONIT(ILACE PER PRESIONIN E LARTE)</i>	<input type="checkbox"/> SI <input type="checkbox"/> PO	<input type="checkbox"/> NO <input type="checkbox"/> JO	ANTICONVULSIVI <i>QETSUES</i>	<input type="checkbox"/> SI <input type="checkbox"/> PO	<input type="checkbox"/> NO <input type="checkbox"/> JO
SALICILATI <i>SALICITAT</i>	<input type="checkbox"/> SI <input type="checkbox"/> PO	<input type="checkbox"/> NO <input type="checkbox"/> JO	ANTISTAMINICI <i>KUNDER ALERGJIVE</i>	<input type="checkbox"/> SI <input type="checkbox"/> PO	<input type="checkbox"/> NO <input type="checkbox"/> JO
IMMUNODEPRESSIVI <i>IMUNODEPRESOR</i>	<input type="checkbox"/> SI <input type="checkbox"/> PO	<input type="checkbox"/> NO <input type="checkbox"/> JO	ALTRI <i>ILACE TE TJERA</i>		
VACCINAZIONI DI BASE <i>VAKSINIM BAZE</i>			TETANO <i>TETANOZ</i>	<input type="checkbox"/> SI <input type="checkbox"/> PO	<input type="checkbox"/> NO <input type="checkbox"/> JO
EPATITE B <i>EPATITI B</i>	<input type="checkbox"/> SI <input type="checkbox"/> PO	<input type="checkbox"/> NO <input type="checkbox"/> JO	ALTRE <i>VAKSINA TE TJERA</i>		

ASST DI PAVIA

ACCESSO IN PRONTO SOCCORSO PER MALATTIA HYRJA NE REPARTIN E NDIHMES SE SHPEJTE PER SEMUNDJE

ITALIANO	SHGIPTORE
<p>SENTI DOLORE O ALTRI DISTURBI?</p> <p><input type="checkbox"/> SI <input type="checkbox"/> NO</p> <p>SPIEGA COME TI SENTI:</p> <p><input type="checkbox"/> STORDITO <input type="checkbox"/> VERTIGINI <input type="checkbox"/> FORMICOLIO, DOVE LO SENTI? <input type="checkbox"/> DEBOLE <input type="checkbox"/> ANSIOSO/A <input type="checkbox"/> NAUSEATO/A <input type="checkbox"/> NESSUNO DI QUESTI SINTOMI</p>	<p>NDIEN DHIMBJE OSE SHQETESIME TE TJERA</p> <p><input type="checkbox"/> PO <input type="checkbox"/> JO</p> <p>SHPJEGO SI NDIHESH:</p> <p><input type="checkbox"/> I CORIENTUAR <input type="checkbox"/> TE MERREN MENDET <input type="checkbox"/> KE MPIRJE TE NDONJE PJESE TE TRUPIT <input type="checkbox"/> NDIHESH I PAFUQISHEM <input type="checkbox"/> JE I SHQETESUAR <input type="checkbox"/> TE VJEN PER TE VJELLE <input type="checkbox"/> NUK KE ASNJE GJE NGA KETO QE JANE SHKRUAR</p>
<p>IL DOLORE E' FORTE?</p> <p><input type="checkbox"/> NO <input type="checkbox"/> SI, QUANTO?</p> <p><input type="checkbox"/> NESSUN DOLORE 0 <input type="checkbox"/> DOLORE LIEVE 1 <input type="checkbox"/> DOLORE MODERATO 2 <input type="checkbox"/> DOLORE INTENSO 3 <input type="checkbox"/> DOLORE MOLTO INTENSO 4</p>	<p>KE DHIMBJE TE FORTA?</p> <p><input type="checkbox"/> JO <input type="checkbox"/> PO, SA TE FORTA?</p> <p><input type="checkbox"/> SKE DHIMBJE 0 <input type="checkbox"/> DHIMBJE E LEHTE 1 <input type="checkbox"/> DHIMBJE E MESME (E DURUESHME) 2 <input type="checkbox"/> DHIMBJE E FORTE 3 <input type="checkbox"/> DHIMBJE SHUME E FORTE 4</p>
<p>DA QUANTO TEMPO?</p> <p><input type="checkbox"/> DA UN' ORA <input type="checkbox"/> DA UN GIORNO <input type="checkbox"/> DA UNA SETTIMANA <input type="checkbox"/> >DI UNA SETTIMANA</p>	<p>PREJ SA KOHE E NDJEN KETE DHIMBJE?</p> <p><input type="checkbox"/> PREJ NJE ORE <input type="checkbox"/> PREJ NJ DITE <input type="checkbox"/> PREJ NJE JAVE <input type="checkbox"/> ME SHUME SE NJE JAVE</p>
<p>QUANTO E' DURATO?</p> <p><input type="checkbox"/> POCHI MINUTI <input type="checkbox"/> UN' ORA <input type="checkbox"/> UN GIORNO</p>	<p>SA ZGJATI DHIMBJA?</p> <p><input type="checkbox"/> PAK MINUTA <input type="checkbox"/> NJE ORE <input type="checkbox"/> NJE DITE</p>
<p>E' LA PRIMA VOLTA CHE HAI QUESTO DOLORE?</p> <p><input type="checkbox"/> SI <input type="checkbox"/> NO</p>	<p>ESHTE HERA E PARE QE KE KETE DHIMBJE?</p> <p><input type="checkbox"/> PO <input type="checkbox"/> JO</p>
<p>QUANDO IL DOLORE E' COMINCIATO, COSA STAVI FACENDO? (UNA O PIU' RISPOSTE)</p> <p><input type="checkbox"/> RIPOSANDO <input type="checkbox"/> LAVORANDO FISICAMENTE <input type="checkbox"/> MANGIANDO <input type="checkbox"/> EMOZIONANDOMI <input type="checkbox"/> URINANDO <input type="checkbox"/> ANDAVO DI CORPO <input type="checkbox"/> VOMITANDO <input type="checkbox"/> TOSSENDO</p>	<p>KUR TE FILLUAN DHIMBJET HEREN E PARE CFARE PO BEJE (MUND TE JEPNI NJE OSE SHUME PERGJIGJE)</p> <p><input type="checkbox"/> PO SHLODHESHIT <input type="checkbox"/> PUNE FIZIKE <input type="checkbox"/> PO HANIT <input type="checkbox"/> GJATE NJE MOMENTI EMOCIONUES <input type="checkbox"/> DUKE URINUAR <input type="checkbox"/> DUKE JASHTEQITUR <input type="checkbox"/> DUKE VJELLE <input type="checkbox"/> DUKE U KOLLITUR</p>

ASST DI PAVIA




MOSTRAMI **DOVE** SENTI **DOLORE** E DOVE SI ESTENDE?

TREGO PIKEN KU NDIEN DHIMBJE DHE DERI KU PERHAPER
DHIMBJA

ASST DI PAVIA

QUANTO DOLORE SENTI?
SA –DHIMBIE NDIEN ?

									
1	2	3	4	5	6	7	8	9	10
NIENTE	POCO	ABBASTANZA	FORTE	FORTISSIMO					
ASGJE	PAKE	MIAFTUESHEM	E FORTE	E PADURUESHME					

ITALIANO	SHGIPTORE
HAI FEBBRE? <input type="checkbox"/> SI <input type="checkbox"/> NO	KE TEMPERATURE? <input type="checkbox"/> PO <input type="checkbox"/> JO
FAI FATICA A RESPIRARE? <input type="checkbox"/> SI <input type="checkbox"/> NO	KE VISHTIRESI NE FRYMEMARRJE ? <input type="checkbox"/> PO <input type="checkbox"/> JO
HAI AVUTO UN PROBLEMA CRONICO RESPIRATORIO? <input type="checkbox"/> SI <input type="checkbox"/> NO	KENI PATE ME PARE PROBLEME CRONIKE TE FRYMEMARRJES ? <input type="checkbox"/> PO <input type="checkbox"/> JO
HAI AVUTO TOSSE CON CATARRO? <input type="checkbox"/> SI <input type="checkbox"/> NO	KENI PATE ME PARE KOLLE ME NXJERRJE GELBAZE? <input type="checkbox"/> PO <input type="checkbox"/> JO
TOSSE CON SANGUE ? <input type="checkbox"/> SI <input type="checkbox"/> NO	KOLLE ME NXJERRJE GJAKU ? <input type="checkbox"/> PO <input type="checkbox"/> JO
TI SI GONFIANO I PIEDI? <input type="checkbox"/> SI <input type="checkbox"/> NO	TE FRYHEN KEMBET ? <input type="checkbox"/> PO <input type="checkbox"/> JO
HAI PERSO COSCIENZA? <input type="checkbox"/> SI <input type="checkbox"/> NO	KENI HUMBUR NDJENIAT ME PARE ? <input type="checkbox"/> PO <input type="checkbox"/> JO
INDICA QUALE PARTE DEL CORPO MUOVI MENO	TREGO CILEN PJESE TE TRUPIT LEVIZ ME PAKE

ASST DI PAVIA

INDICA IN QUALE PARTE HAI MENO SENSIBILITA'	<i>TREGO NE CILEN PJESE TE TRUPIT KE ME PAKE NDJESHMERI</i>
HAI VERTIGINI ? <input type="checkbox"/> SI <input type="checkbox"/> NO	<i>TE MERREN MENDET ?</i> <input type="checkbox"/> PO <input type="checkbox"/> JO
HAI DISTURBI Uditivi ? <input type="checkbox"/> SI <input type="checkbox"/> NO	<i>KE PROBLEME ME DEGJIMIN?</i> <input type="checkbox"/> PO <input type="checkbox"/> JO
HAI DISTURBI VISIVI ? <input type="checkbox"/> SI <input type="checkbox"/> NO	<i>KE PROBLEME ME SHIKIMIN?</i> <input type="checkbox"/> PO <input type="checkbox"/> JO
HAI CEFALEA ? <input type="checkbox"/> SI <input type="checkbox"/> NO	<i>KE DHIMBJE TE FORTA KOKE?</i> <input type="checkbox"/> PO <input type="checkbox"/> JO
HAI AVUTO CONVULSIONI E SPASMI MUSCOLARI ? <input type="checkbox"/> SI <input type="checkbox"/> NO	<i>KE PATUR ME PARE DRIDHJE E TKURRJE MUSKULORE?</i> <input type="checkbox"/> PO <input type="checkbox"/> JO

ITALIANO	SHGIPTORE
HAI AVUTO VOMITO ? <input type="checkbox"/> NO <input type="checkbox"/> SI <input type="checkbox"/> CIBO <input type="checkbox"/> LIQUIDI <input type="checkbox"/> SANGUE <input type="checkbox"/> BILE	KEPAS TE VJELLA <input type="checkbox"/> JO <input type="checkbox"/> PO <input type="checkbox"/> USHQUM <input type="checkbox"/> LENGJE <input type="checkbox"/> GJAK <input type="checkbox"/> VRER
HAI AVUTO NAUSEA ? <input type="checkbox"/> SI <input type="checkbox"/> NO	TE VJEN PER TE VJELLE <input type="checkbox"/> JO <input type="checkbox"/> PO
HAI DEFECATO REGOLARMENTE? <input type="checkbox"/> SI <input type="checkbox"/> NO <input type="checkbox"/> STIPSI <input type="checkbox"/> DIARREA	KE DALE JASNT REGULLISHT <input type="checkbox"/> JO <input type="checkbox"/> PO <input type="checkbox"/> JE KAPS <input type="checkbox"/> KE DIARE
HAI URINATO REGOLARMENTE? <input type="checkbox"/> SI <input type="checkbox"/> NO <input type="checkbox"/> CON BRUCIORE <input type="checkbox"/> CON DIFFICOLTA'	KE URINUAR <input type="checkbox"/> JO <input type="checkbox"/> PO <input type="checkbox"/> KE DIEGJE <input type="checkbox"/> KE VESHTIRSI

ASST DI PAVIA

ACCESSO IN PRONTO SOCCORSO PER TRAUMA HYRJE NE REPARTIN E NDIHMES SE SHPEJTE PER TRAUM

ITALIANO	SHGIPTORE
<p>HAI AVUTO UN INCIDENTE STRADALE?</p> <p>TI SEI FATTO MALE</p> <ul style="list-style-type: none"> <input type="checkbox"/> LITIGANDO <input type="checkbox"/> CON UN OGGETTO TAGLIENTE <input type="checkbox"/> CON MACCHINARI <input type="checkbox"/> CON ARMI DA FUOCO <input type="checkbox"/> IN ALTRI MODI 	<p>KE PESUAR NJE AKSIDENT RRUGORE?</p> <p>JE VRARE DUKE:</p> <ul style="list-style-type: none"> <input type="checkbox"/> U ZENE ME DIKE <input type="checkbox"/> PUNUAR ME DICKA TE MPREHTE <input type="checkbox"/> PUNUAR ME MAKINERI <input type="checkbox"/> ME AREM ZIARRI <input type="checkbox"/> NE MENYRA TE TJERA
<p>E' STATO UN INFORTUNIO SUL LAVORO ?</p>	<p>ESHTE NJE AKSIDENT NE PUNE?</p>
<p>INDICA QUALI SONO LE PARTI DEL CORPO CONTUSE. SE HAI ARTICOLAZIONI CON RIDOTTA MOBILITÀ, INDICA QUALI.</p>	<p>TREGO CILAT PJESE TE TRUPIT JANE DEMTUAR NESE KE GJYMTYRE QE NUK LEVIZ DOTE TREGOJ</p>
<p>HAI RESPIRATO</p> <ul style="list-style-type: none"> <input type="checkbox"/> FUMI DI COMBUSTIONE? <input type="checkbox"/> SOSTANZE CHIMICHE? 	<p>KE THITHUR</p> <ul style="list-style-type: none"> <input type="checkbox"/> TYMRA TE PRODHUARA NGA DJEGJE <input type="checkbox"/> SUBSTANCA KIMIKE
<p>HAI SUBITO VIOLENZA SESSUALE?</p>	<p>KE PESUAR DHUNE SEKSUALE ?</p>
<p>HAI AVUTO UNA AGGRESSIONE ?</p>	<p>KE PESUAR DHUNE FIZIKE?</p>
<p>TI SEI USTIONATO?</p> <ul style="list-style-type: none"> <input type="checkbox"/> NO <input type="checkbox"/> SI <ul style="list-style-type: none"> • ACIDO • OLIO • FUOCO • ACQUA • VAPORE 	<p>JE DJEGUR?</p> <ul style="list-style-type: none"> <input type="checkbox"/> PO <input type="checkbox"/> JO <ul style="list-style-type: none"> • ME ACID • ME VAJE • ME ZIARRE • ME UJE TE NXEHT • ME AVULL
<p>COME TI SENTI?</p> <ul style="list-style-type: none"> • MEGLIO • PEGGIO • COME PRIMA 	<p>SI NDIHESH TANI ?</p> <ul style="list-style-type: none"> • ME MIRE • ME KEQ • SI ME PARE