



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

ARABO

قائمة متعددة اللغات لتسجيل المرضى الأجانب عند الإستقبال في قسم الطوارئ في المستشفى

<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>عزيزتي السيدة/عزيزي السيد، في هذه الأثناء أنت/أنت موجودة/موجود في قسم الطوارئ من مستشفى..... هذه الأسئلة موجهة لك/لك من أجل توفير أفضل عناية ممكنة، نرجو منك/منك الإجابة عليها بأدق شكل ممكن.</p>		
<p>COGNOME, NOME</p>	<p>الشهرة، الإسم</p>	<p>LUOGO DI NASCITA, STATO</p>	<p>مكان الولادة، ألبلد</p>
<p>DATA DI NASCITA</p>	<p>تاريخ الولادة</p>	<p>DOMICILIO</p>	<p>عنوان الإقامة</p>
<p>DOBBIAMO AVVISARE DEI FAMILIARI? هل تريد تبليغ الأهل أو أحد الأقارب? <input type="checkbox"/> SI <input type="checkbox"/> NO <input type="checkbox"/> نعم <input type="checkbox"/> لا</p>		<p>GRUPPO SANGUIGNO E FATTORE RH فئة الدم و نوع Rh</p>	
<p>ALLERGIE O INCOMPATIBILITÀ (FARMACOLOGICHE) حساسية أو مضاعفات من الأدوية</p>			
<p>GRAVIDANZA حامل <input type="checkbox"/> SI <input type="checkbox"/> NO <input type="checkbox"/> نعم <input type="checkbox"/> لا</p>			
<p>I TRIMESTRE <input type="checkbox"/> الفصل الأول (من الشهر الأول إلى الثالث) II TRIMESTRE <input type="checkbox"/> الفصل الثاني (من الشهر الرابع إلى السادس) III TRIMESTRE <input type="checkbox"/> الفصل الثالث (من الشهر السابع إلى التاسع)</p>			

ASST DI PAVIA

PREGRESSO INFARTO DEL MIOCARDIO	ذبحة قلبية سابقة	<input type="checkbox"/>	SI	<input type="checkbox"/>	NO
		<input type="checkbox"/>	نعم	<input type="checkbox"/>	لا
ANGINA PECTORIS	خناق صدري	<input type="checkbox"/>	SI	<input type="checkbox"/>	NO
		<input type="checkbox"/>	نعم	<input type="checkbox"/>	لا
IPERTENSIONE	ضغط دم مرتفع	<input type="checkbox"/>	SI	<input type="checkbox"/>	NO
		<input type="checkbox"/>	نعم	<input type="checkbox"/>	لا
STIMOLATORE CARDIACO	<input type="checkbox"/> Pacemaker, ICD) منبه قلبي	<input type="checkbox"/>	SI	<input type="checkbox"/>	NO
		<input type="checkbox"/>	نعم	<input type="checkbox"/>	لا
ALTRE MALATTIE CARDIOVASCOLARI	أمراض قلبية أخرى			
				
				
DIABETE	مرض السكري	<input type="checkbox"/>	SI	<input type="checkbox"/>	NO
		<input type="checkbox"/>	نعم	<input type="checkbox"/>	لا
DIALISI	<input type="checkbox"/> Dialise <input type="checkbox"/> تحت علاج غسل الكلبي	<input type="checkbox"/>	SI	<input type="checkbox"/>	NO
		<input type="checkbox"/>	نعم	<input type="checkbox"/>	لا
MALATTIE BRONCOPOLMONARI	أمراض القصبة الهوائية و الرئتين	<input type="checkbox"/>	SI	<input type="checkbox"/>	NO
		<input type="checkbox"/>	نعم	<input type="checkbox"/>	لا
MALATTIE INFETTIVE PREGRESSE	أمراض وبائية سابقة	<input type="checkbox"/>	SI	<input type="checkbox"/>	NO
		<input type="checkbox"/>	نعم	<input type="checkbox"/>	لا
PRECEDENTI DI ANSIETA' E DEPRESSIONE	أمراض نفسية	<input type="checkbox"/>	SI	<input type="checkbox"/>	NO
		<input type="checkbox"/>	نعم	<input type="checkbox"/>	لا
MALATTIE NEUROLOGICHE	أمراض عصبية	<input type="checkbox"/>	SI	<input type="checkbox"/>	NO
		<input type="checkbox"/>	نعم	<input type="checkbox"/>	لا
MALATTIE GASTROINTESTINALI	أمراض الجهاز الهضمي	<input type="checkbox"/>	SI	<input type="checkbox"/>	NO
		<input type="checkbox"/>	نعم	<input type="checkbox"/>	لا
MALATTIE CUTANEE	أمراض جلدية	<input type="checkbox"/>	SI	<input type="checkbox"/>	NO
		<input type="checkbox"/>	نعم	<input type="checkbox"/>	لا
RICOVERI OSPEDALIERI	فترة علاج في المستشفى أو عمليات جراحية سابقة	<input type="checkbox"/>	SI	<input type="checkbox"/>	NO
		<input type="checkbox"/>	نعم	<input type="checkbox"/>	لا

ASST DI PAVIA

ORGANO TRAPIANTATO	زرع أعضاء سابق
.....
TERAPIA IN ATTO	الأدوية المستعملة حالياً
.....
.....
NOME DEI FARMACI	أسماء الأدوية
.....
.....
DATE DI ASSUNZIONE	مواعيد الإستعمال
.....

ASST DI PAVIA

ANTICOAGULANTI مضاد لتخثر أدم <input type="checkbox"/> SI <input type="checkbox"/> NO <input type="checkbox"/> نعم <input type="checkbox"/> لا	ANTIDIABETICI أدوية لمرض السكري <input type="checkbox"/> SI <input type="checkbox"/> NO <input type="checkbox"/> نعم <input type="checkbox"/> لا
ANTIANGINOSI مضاد لحنق الصدر <input type="checkbox"/> SI <input type="checkbox"/> NO <input type="checkbox"/> نعم <input type="checkbox"/> لا	ANTIARITMICI أدوية منظمة لنبضات القلب <input type="checkbox"/> SI <input type="checkbox"/> NO <input type="checkbox"/> نعم <input type="checkbox"/> لا
ANTI-IPERTENSIVI أدوية لتخفيض ضغط أدم المرتفع <input type="checkbox"/> SI <input type="checkbox"/> NO <input type="checkbox"/> نعم <input type="checkbox"/> لا	ANTICONVULSIVI أدوية لمرض أصرع <input type="checkbox"/> SI <input type="checkbox"/> NO <input type="checkbox"/> نعم <input type="checkbox"/> لا
SALICILATI مسكنات للألم <input type="checkbox"/> SI <input type="checkbox"/> NO <input type="checkbox"/> نعم <input type="checkbox"/> لا	ANTISTAMINICI أدوية للحساسية <input type="checkbox"/> SI <input type="checkbox"/> NO <input type="checkbox"/> نعم <input type="checkbox"/> لا
IMMUNODEPRESSIVI أدوية مضادة للمناعة <input type="checkbox"/> SI <input type="checkbox"/> NO <input type="checkbox"/> نعم <input type="checkbox"/> لا	ALTRI أدوية أخرى
VACCINAZIONI DI BASE ألقاحات سابقة	TETANO كزاز <input type="checkbox"/> SI <input type="checkbox"/> NO <input type="checkbox"/> نعم <input type="checkbox"/> لا
EPATITE B إتهاب الكبد "ب" <input type="checkbox"/> SI <input type="checkbox"/> NO <input type="checkbox"/> نعم <input type="checkbox"/> لا	ALTRE لقاحات أخرى

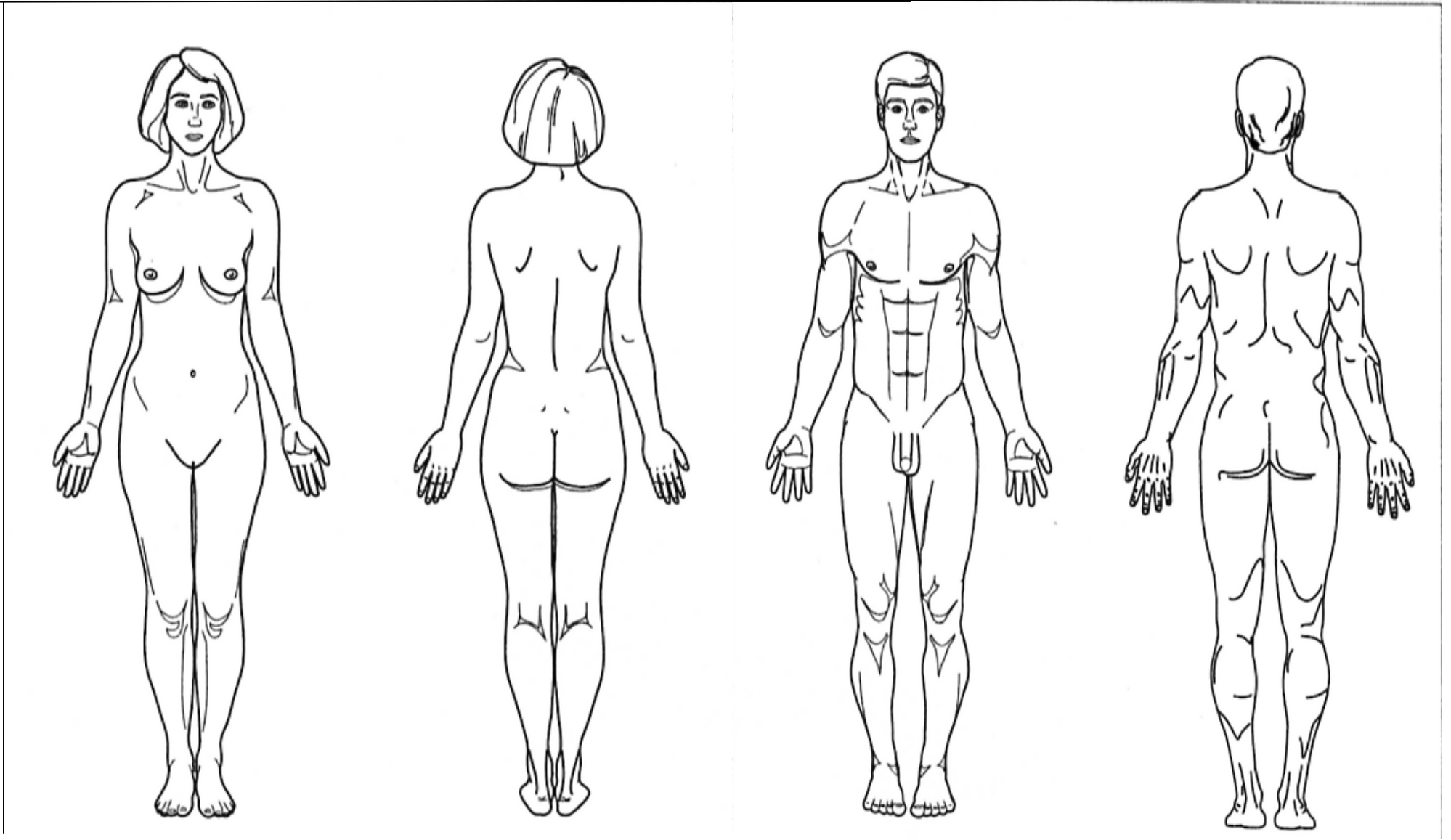
ASST DI PAVIA

Accesso in Pronto Soccorso per Malattia

الدخول إلى قسم الطوارئ لمرض داخلي

ITALIANO	عربي
<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>هل تشعر بالألم أو بعوارض أخرى؟</p> <p><input type="checkbox"/> نعم <input type="checkbox"/> لا</p> <p>إشرح كيف تشعر بنفسك الآن:</p> <p><input type="checkbox"/> طائش <input type="checkbox"/> في دوخة <input type="checkbox"/> وخز خفيف (تتميل)، أين تحس به؟ <input type="checkbox"/> ضعيف <input type="checkbox"/> قلق <input type="checkbox"/> في غثيان <input type="checkbox"/> خال من أي من هذه العوارض</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>هل الألم قوي؟</p> <p><input type="checkbox"/> لا <input type="checkbox"/> نعم، حدد كم؟</p> <p><input type="checkbox"/> خال من الألم (0) <input type="checkbox"/> ألم خفيف (1) <input type="checkbox"/> ألم متوسط القدر (2) <input type="checkbox"/> ألم قوي (3) <input type="checkbox"/> ألم قوي جداً (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>حدد منذ متى؟</p> <p><input type="checkbox"/> منذ ساعة <input type="checkbox"/> منذ يوم <input type="checkbox"/> منذ أسبوع <input type="checkbox"/> منذ أكثر من أسبوع</p>
<p>QUANTO E' DURATO?</p> <p><input type="checkbox"/> POCHI MINUTI <input type="checkbox"/> UN' ORA <input type="checkbox"/> UN GIORNO</p>	<p>حدد كم يدوم؟</p> <p><input type="checkbox"/> بضع دقائق <input type="checkbox"/> ساعة <input type="checkbox"/> يوم</p>
<p>E' LA PRIMA VOLTA CHE HAI QUESTO DOLORE?</p> <p><input type="checkbox"/> SI <input type="checkbox"/> NO</p>	<p>هل هي المرة الأولى التي تشعر بهذا الألم؟</p> <p><input type="checkbox"/> نعم <input type="checkbox"/> لا</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>عندما بدأ الألم ماذا كنت تفعل؟ (ممکن أكثر من إجابة)</p> <p><input type="checkbox"/> ترتاح <input type="checkbox"/> تعمل <input type="checkbox"/> تأكل <input type="checkbox"/> تتفعل <input type="checkbox"/> تبول <input type="checkbox"/> تغطوط (تقضي حاجتك) <input type="checkbox"/> تقيء <input type="checkbox"/> تسعل</p>

ASST DI PAVIA



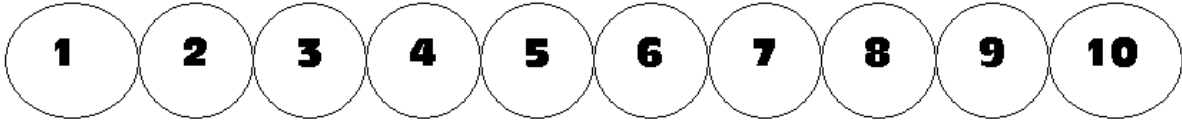
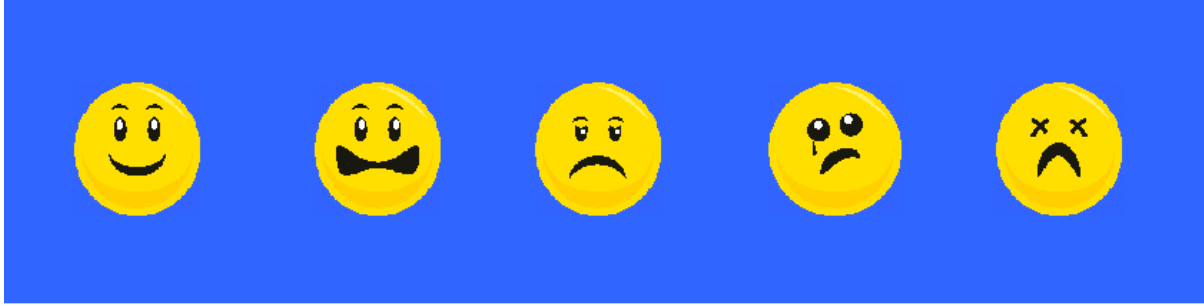
MOSTRAMI DOVE SENTI DOLORE E DOVE SI ESTENDE?

دل أين تشعر بالألم و إلى أين يمتد؟ (أنظر إلى الرسم أعلاه)

ASST DI PAVIA

QUANTO DOLORE SENTI ?

هل تشعر بالألم، حدد كم؟



NIENTE	POCO	ABBASTANZA	FORTE	FORTISSIMO
لا شيء	قليل	مزعج	قوي	قوي جداً

ITALIANO	عربي
HAI FEBBRE? <input type="checkbox"/> SI <input type="checkbox"/> NO	هل لديك حرارة؟ <input type="checkbox"/> نعم <input type="checkbox"/> لا
FAI FATICA A RESPIRARE? <input type="checkbox"/> SI <input type="checkbox"/> NO	هل تتنفس بصعوبة؟ <input type="checkbox"/> نعم <input type="checkbox"/> لا
HAI AVUTO UN PROBLEMA CRONICO RESPIRATORIO? <input type="checkbox"/> SI <input type="checkbox"/> NO	هل كان لديك مرض تنفس مزمن؟ <input type="checkbox"/> نعم <input type="checkbox"/> لا
HAI AVUTO TOSSE CON CATARRO? <input type="checkbox"/> SI <input type="checkbox"/> NO	هل لديك سعال مع إفراز بلغم؟ <input type="checkbox"/> نعم <input type="checkbox"/> لا
TOSSE CON SANGUE ? <input type="checkbox"/> SI <input type="checkbox"/> NO	هل لديك سعال مع إفراز دم؟ <input type="checkbox"/> نعم <input type="checkbox"/> لا
TI SI GONFIANO I PIEDI? <input type="checkbox"/> SI <input type="checkbox"/> NO	هل تنتفخ رجليك؟ <input type="checkbox"/> نعم <input type="checkbox"/> لا
HAI PERSO COSCIENZA? <input type="checkbox"/> SI <input type="checkbox"/> NO	هل فقدت وعيك؟ <input type="checkbox"/> نعم <input type="checkbox"/> لا
INDICA QUALE PARTE DEL CORPO MUOVI MENO	دل أي طرف في جسمك تحرك أقل
INDICA IN QUALE PARTE HAI MENO SENSIBILITA'	دل أي طرف في جسمك تشعر بإحساس أقل

ASST DI PAVIA

HAI VERTIGINI ? <input type="checkbox"/> SI <input type="checkbox"/> NO	هل لديك دوخة؟ <input type="checkbox"/> نعم <input type="checkbox"/> لا
HAI DISTURBI Uditivi ? <input type="checkbox"/> SI <input type="checkbox"/> NO	هل لديك إضطراب بالسمع؟ <input type="checkbox"/> نعم <input type="checkbox"/> لا
HAI DISTURBI VISIVI ? <input type="checkbox"/> SI <input type="checkbox"/> NO	هل لديك إضطراب بالأنظر؟ <input type="checkbox"/> نعم <input type="checkbox"/> لا
HAI CEFALEA ? <input type="checkbox"/> SI <input type="checkbox"/> NO	هل لديك ألم بالرأس؟ <input type="checkbox"/> نعم <input type="checkbox"/> لا
HAI AVUTO CONVULSIONI E SPASMI MUSCOLARI ? <input type="checkbox"/> SI <input type="checkbox"/> NO	هل أصابك صرع أو شعرت بتشنج عضلات؟ <input type="checkbox"/> نعم <input type="checkbox"/> لا

ITALIANO	عربي
HAI AVUTO VOMITO ? <input type="checkbox"/> SI <input type="checkbox"/> NO	هل أصابك قيء؟ <input type="checkbox"/> نعم <input type="checkbox"/> لا
1. CIBO 2. LIQUIDI 3. SANGUE 4. BILE	١. طعام ٢. سوائل ٣. دم ٤. الصفراء (سائل المرارة)
HAI AVUTO NAUSEA ? <input type="checkbox"/> SI <input type="checkbox"/> NO	هل أصابك غثيان؟ <input type="checkbox"/> نعم <input type="checkbox"/> لا
HAI DEFECATO REGOLARMENTE? <input type="checkbox"/> SI <input type="checkbox"/> NO <input type="checkbox"/> STIPSI <input type="checkbox"/> DIARREA	هل تغوط بشكل طبيعي؟ <input type="checkbox"/> نعم <input type="checkbox"/> لا <input type="checkbox"/> إمساك <input type="checkbox"/> إسهال
HAI URINATO REGOLARMENTE? <input type="checkbox"/> SI <input type="checkbox"/> NO <input type="checkbox"/> CON BRUCIORE <input type="checkbox"/> CON DIFFICOLTA'	هل بليت بشكل طبيعي؟ <input type="checkbox"/> نعم <input type="checkbox"/> لا <input type="checkbox"/> مع حريق <input type="checkbox"/> بصعوبة

ASST DI PAVIA

ACCESSO IN PRONTO SOCCORSO PER TRAUMA

الدخول إلى قسم الطوارئ لصدمة

ITALIANO	عربي
<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>هل أصبت بحادث سير؟</p> <p>هل تأذيت:</p> <ul style="list-style-type: none"> <input type="checkbox"/> بعد عراك <input type="checkbox"/> بشيء قاطع <input type="checkbox"/> بآلات <input type="checkbox"/> بسلاح ناري <input type="checkbox"/> بأي طريقة أخرى
<p>E' STATO UN INFORTUNIO SUL LAVORO ?</p>	<p>هل أصبت بحادث في مكان عملك؟</p>
<p>INDICA QUALI SONO LE PARTI DEL CORPO CONTUSE. SE HAI ARTICOLAZIONI CON RIDOTTA MOBILITÀ, INDICA QUALI.</p>	<p>دل أي طرف في جسمك تضرر إن كان لديك مفاصل تتحرك بصعوبة دل عليها</p>
<p>HAI RESPIRATO</p> <ul style="list-style-type: none"> <input type="checkbox"/> FUMI DI COMBUSTIONE? <input type="checkbox"/> SOSTANZE CHIMICHE? 	<p>هل تنفست؟</p> <ul style="list-style-type: none"> <input type="checkbox"/> دخان حريق <input type="checkbox"/> مواد كيميائية
<p>HAI SUBITO VIOLENZA SESSUALE ?</p>	<p>هل تعرضت إلى إغتصاب جنسي؟</p>
<p>HAI AVUTO UNA AGGRESSIONE ?</p>	<p>هل تعرضت إلى إعتداء؟</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>هل تعرضت إلى حرق؟</p> <ul style="list-style-type: none"> <input type="checkbox"/> نعم <input type="checkbox"/> لا <ul style="list-style-type: none"> - بحمض - بزيت - من حريق - من ماء - من بخار
<p>COME TI SENTI?</p> <ul style="list-style-type: none"> • MEGLIO • PEGGIO • COME PRIMA 	<p>كيف تشعر الآن؟</p> <ul style="list-style-type: none"> <input type="checkbox"/> أفضل <input type="checkbox"/> أسوأ <input type="checkbox"/> كما في السابق