



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

| | |
|---|--|
| <p><i>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.</i></p> | <p><i>DEAR PATIENT, YOU ARE NOW IN THE EMERGENCY ROOM OF..... THE FOLLOWING QUESTIONS ARE MEANT TO HELP US IN PROVIDE THE BEST OF YOUR ASSISTANCE</i></p> |
| <p><i>ESTIMADO/A SEÑOR/SEÑORA EN ESTE MOMENTO USTED SE ENCUENTRA EN EL SERVICIO DE URGENCIAS DEL HOPITAL..... LAS PREGUNTAS QUE ENCONTRARA PARA CONOCER MEJOR SU SITUACION Y DARLE ASI LA MEJOR ASISTENCIA POSIBLE LE ROGAMOS QUE RESPONDA CON LA MAXIMA PRECISION.</i></p> | <p><i>CHER MONSIEUR/ CHERE MADAME EN CET MOMENT VOUS ETE A L'HOSPITAL..... ON VOUS POSE CETTE QUESTIONS POUR VOUS PRETER LA MEILLEURE ASSISTANCE POSSIBLE. ON VOUS PRIE DE REpondre AVEC UNE EXTREME PRECISION</i></p> |
| <p><i>SIE BEFINDEN SICH IN DER NOTHAUFNAHME DES KRANKENHAUSES..... DIE FOLGENDEN FRAGEN SOLLEN HELFEN SIE GUT ZU VERSORGEN WIR BITEN SIE SO PREZISE WIE MOEGLICH ZU BEANTWORTEN.</i></p> | |
| <p>COGNOME, NOME - LAST NAME, FIRST NAME -NOM, PRENOM - APPELLIDO, NOMBRE, - NACHNAME NAME - </p> | <p>LUOGO DI NASCITA, STATO - PLACE OF BIRTH,COUNTRY-LIEU DE NAISSANCE, NATIONALITE - LUGAR DE NACIMIENTO,PAIS - GEBURTSORT </p> |
| <p>DATA DI NASCITA - DATE OF BIRTH - DATE DE NAISSANCE -FECHA DE NACIMIENTO - GEBURTSDATUM </p> | <p>DOMICILIO - ADRESS - DOMICILE - DIRECCION - ANSCHRIFT - TÉLÉPHONE - TELEFON </p> |
| <p>DOBBIAMO AVVISARE DEI FAMILIARI? SHALL WE CALL YOUR RELATIVES? DEVONS NOUS PREVENIR VOTRE FAMILLE? DEBEMOS AVISAR ALGÚN FAMILIAR? SOLLEN WIR IHRE FAMILIE BENACHNACHTEN?</p> | <p> <input type="checkbox"/> SI <input type="checkbox"/> NO <input type="checkbox"/> YES <input type="checkbox"/> NO <input type="checkbox"/> OUI <input type="checkbox"/> NON <input type="checkbox"/> SI <input type="checkbox"/> NO <input type="checkbox"/> JA <input type="checkbox"/> NEIN </p> |
| <p>GRUPPO SANGUIGNO E FATTORE RH - BLOOD GROUP AND RH - GROUPE SANGUIN ET FACTEUR RH - GRUPO SANGUINEO Y FACTOR RH - BLUTGRUPPE UND RHESUSFAKTOR </p> | |
| <p>ALLERGIE O INCOMPATIBILITÀ (FARMACOLOGICHE) - ALLERGIES OR INCOMPATIBILITIES (DRUGS) - ALLERGIES OU INCOMPATIBILITÉS - ALERGIAS O INCOMPATIBILIDADES FARMACOLÓGICAS - ALLERGIEN ODER UNVERTRAGLICHKEITEN </p> | |
| <p>GRAVIDANZA - PREGNANCY - GROSSESSE - EMBARAZO - SCHWANGERSCHAFT <input type="checkbox"/> SI <input type="checkbox"/> NO</p> <p> <input type="checkbox"/> I TRIMESTRE - 1 TER - 1TRIMESTRE - 1TRIMESTER - 1TRIMESTER <input type="checkbox"/> II TRIMESTRE - 2TER - 2TRIMESTRE - 2TRIMESTR - 2TRIMESTER <input type="checkbox"/> III TRIMESTRE - 3TER - 3TRIMESTRE - 3TRIMESTER - 3 TRIMESTER </p> | |

ASST DI PAVIA

| | | | | |
|--|--------------------------|----|--------------------------|----|
| PREGRESSO INFARTO DEL MIOCARDIO - PREVIOUS MYOCARDIAL INFARCTION - ANTÉCÉDANTS D'INFARCTUS DU MYOCARDE - HISTORIA PREVIA DE INFARTO DE MIOCARDIO - UBERSTANDENER MYOKARDINFARKT | <input type="checkbox"/> | SI | <input type="checkbox"/> | NO |
| ANGINA PECTORIS - ANGINA PECTORIS - ANGINE DE POITRINE - ANGINA DE PECHO - ANGINA PECTORIS | <input type="checkbox"/> | SI | <input type="checkbox"/> | NO |
| IPERTENSIONE - HYPERTENSION - HYPERTENSION - HIPERTENSIÓN - BLUTHOCHDRUCK | <input type="checkbox"/> | SI | <input type="checkbox"/> | NO |
| STIMOLATORE CARDIACO - PACEMAKER - STIMULATEUR CARDIAQUE - MARCAPASOS - HERZSCHRITTMACHER | <input type="checkbox"/> | SI | <input type="checkbox"/> | NO |
| ALTRE MALATTIE CARDIOVASCOLARI - OTHER CARDIOVASCULAR DISEASES - AUTRES MALADIES CARDIOVASCULAIRES - OTRAS ENFERMEDADES CARDIOVASCULARES - ANDERE HERZKREISLAUFERKRANKUNGEN | | | | |
| DIABETE - DIABETES - DIABETE - DIABETES - DIABETES - DIABETES | <input type="checkbox"/> | SI | <input type="checkbox"/> | NO |
| DIALISI - DIALYSIS - TRAITEMENT PAR DIALYSE - DIALISIS - DIALYSEBEHANDLUNG | <input type="checkbox"/> | SI | <input type="checkbox"/> | NO |
| MALATTIE BRONCOPOLMONARI - BRONCHOPULMONARY DISEASES - MALADIES BRONCO-PULMONAIRES - ENFERMEDADES BRONCOPULMONARES - BRONCHIAL-LUNGEN-ERKRANKUNGEN | <input type="checkbox"/> | SI | <input type="checkbox"/> | NO |
| MALATTIE INFETTIVE PREGRESSE - PREVIOUS INFECTIOUS DISEASES - MALADIES INFECTIEUSES PASSEES - ENFERMEDADES INFECCIOSAS PASADAS - FRUHERE INFEKTERKRANKUNGEN | <input type="checkbox"/> | SI | <input type="checkbox"/> | NO |
| PRECEDENTI DI ANSIETA E DEPRESSIONE - PREVIOUS CASES OF ANXIETY OR DEPRESSION - ANTECEDENTS D'ETATS D'ANXIETE ET DE DEPRESSIONS - DEPRESION Y ANSIEDAD EN PASADO - FUHERE ANGSTZUSTANDE ODER DEPRESSIONEN | <input type="checkbox"/> | SI | <input type="checkbox"/> | NO |
| MALATTIE NEUROLOGICHE - NEUROLOGICAL DISEASE - MALADIES NEUROLOGIQUES - ENFERMEDADES NEUROLOGICAS - NEUROLOGISCHE KRANKHEITEN | <input type="checkbox"/> | SI | <input type="checkbox"/> | NO |
| MALATTIE GASTROINTESTINALI - GASTROINTESTINAL DISEASES - MALADIES GASTRO-INTESTINALES - ENFERMEDADES GASTROINTESTINALES - MAGEN UND DARMKRANKHEITEN | <input type="checkbox"/> | SI | <input type="checkbox"/> | NO |
| MALATTIE CUTANEE - SKIN DISEASES - MALADIES CUTANÉES - ENFERMEDADES CUTANEA - HAUTKRANKHEITEN | <input type="checkbox"/> | SI | <input type="checkbox"/> | NO |
| RICOVERI OSPEDALIERI - PREVIOUS HOSPITALIZATION - HOSPITALIZATIONS - HOSPITALIZACIONES - KRANKENHAUSAUFENTHALTE | <input type="checkbox"/> | SI | <input type="checkbox"/> | NO |
| ORGANO TRAPIANTATO - TRASPLANT ORGAN - TRASPLANTATION D'ORGANE - TRASPLANTE DE ORGAN - TRANSPLANTAT | | | | |
| TERAPIA IN ATTO - MEDICINES BEING TAKEN - TRAITEMENT IN COURS - TRATAMIENTOS O MEDICINAS EN CURSO - DERZEITIGE THERAPIE | | | | |
| NOME DEI FARMACI - NAME(S) OF DRUGS - NOM(S)DES MEDICAMENTS - NOMBRE DE LOS MEDICAMENTOS - NAMEN DER MEDIKAMENTE | | | | |
| DATE DI ASSUNZIONE - DATE(S) WHEN DRUGS WERE TAKEN - DATE(S) DE PRISE DES MEDICAMENTS - HORARIOS DE LAS MEDICINAS - UHRZEIT DER EINNAHME | | | | |

ASST DI PAVIA

| | |
|--|--|
| ANTICOAGULANTI <input type="checkbox"/> SI <input type="checkbox"/> NO ANTICOAGULANT ANTICOAGULANTS ANTICOAGULANTES BLUTVERDUENNER | ANTIDIABETICI <input type="checkbox"/> SI <input type="checkbox"/> NO ANTIDIABETICS DRUGS ANTIDIABETIQUES ANTIDIABETICOS ANTIDIABETICA |
| ANTIANGINOSI <input type="checkbox"/> SI <input type="checkbox"/> NO ANTIANGINAL DRUGS ANTIDIANGINEUX FÀRMACOS PARA LA ANGINA DE PECHO - MEDIKAMENTE FUER ANGINA | ANTIARITMICI <input type="checkbox"/> SI <input type="checkbox"/> NO ANTIARRHYTMIA DRUGS ANTIARYTHMIQUES ANTIARRITMICOS ANTIARYTHMICA |
| ANTI-IPERTENSIVI <input type="checkbox"/> SI <input type="checkbox"/> NO ANTIHYPERTENSIONGRUGS ANTIHYPERTESEURS ANTIHPERTENSIVOS BLUTHOCHDRUCKMEDIKAMENTE | ANTICONVULSIVI <input type="checkbox"/> SI <input type="checkbox"/> NO ANTICONVULSANTS ANTICONVULSIVANTS ANTICONVULSIONANTES ANTIÉPILEPTIKA |
| SALICILATI <input type="checkbox"/> SI <input type="checkbox"/> NO SALICYLATES SALICILATES SALICILATOS SALICYLATE | ANTISTAMINICI <input type="checkbox"/> SI <input type="checkbox"/> NO ANTIHISTAMINES ANTISTAMINIQUES ANTIHISTAMINICOS ANTIHYSTAMINIKA |
| IMMUNODEPRESSIVI <input type="checkbox"/> SI <input type="checkbox"/> NO IMMUNODEPRESSANT DRUGS IMMUNODEPRESSEURS MEDICACION INMUNODEPRESIVOS IMMUNOSUPPRESSOREN | ALTRI - OTHER - AUTRES - OTROS - SONSTIGE |
| VACCINAZIONI DI BASE - STANDARD VACCINATIONS - VACCINATIONS PENDANT L'ENFANCE - VACUNACIÓN INFANTIL - SCHUTZIMPFUNGEN | TETANO - TETANUS - TÈTANOS <input type="checkbox"/> SI <input type="checkbox"/> NO TÈTANOS - TETANUS |
| EPATITE B - HEPATITIS B - HÈPATITE B - HEPATITIS B <input type="checkbox"/> SI <input type="checkbox"/> NO | ALTRE - OTHER - AUTRES - OTRAS - SONSTIGES |

ASST DI PAVIA

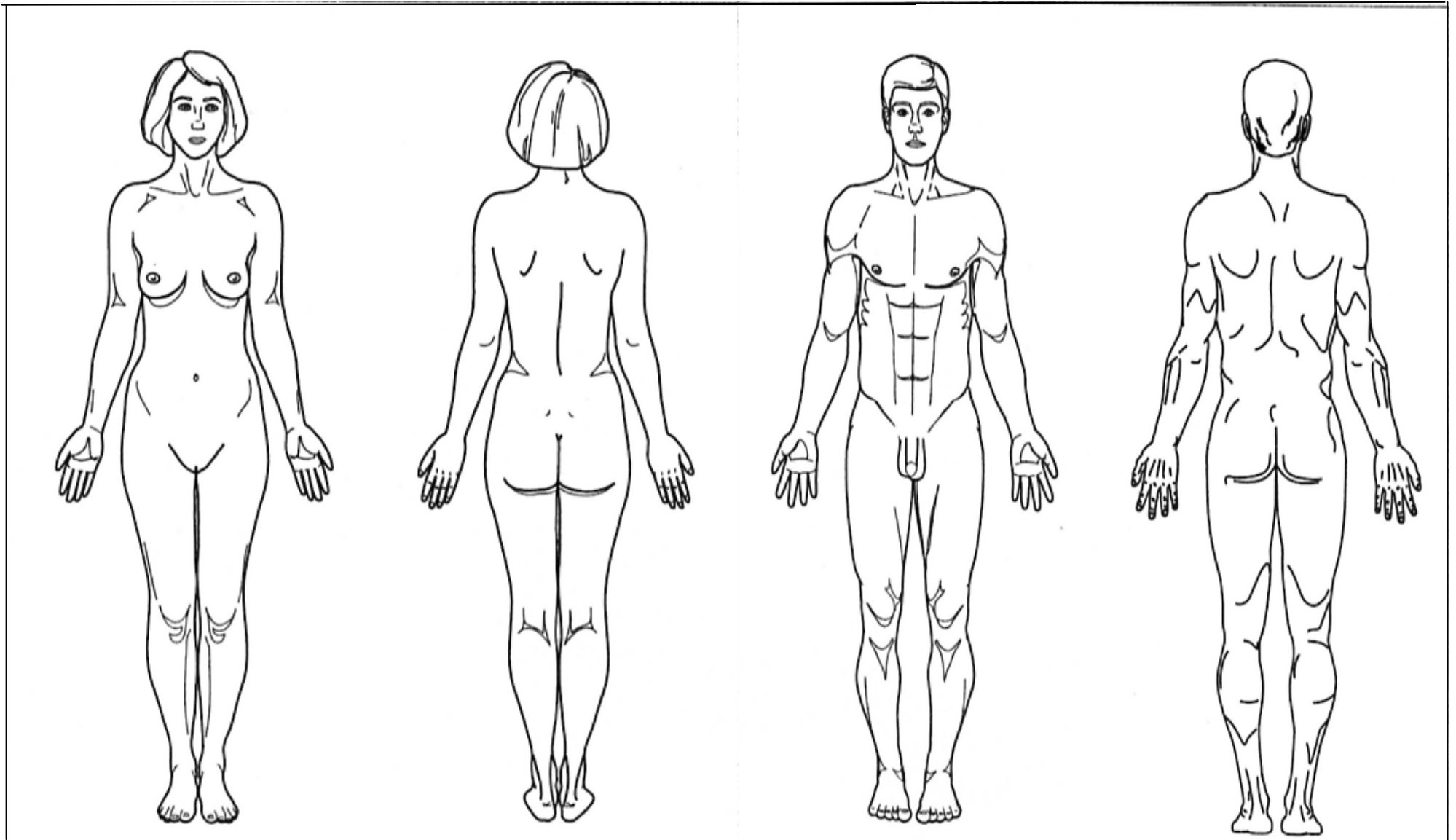
ACCESSO IN PRONTO SOCCORSO PER MALATTIA

| ITALIANO | ENGLISH | FRANCAIS | DEUTCH | ESPAÑÑOL |
|--|---|--|---|--|
| <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>IL DOLORE È 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 FORTE 3 <input type="checkbox"/> DOLORE MOLTO 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>QUANTO E' DURATO?</p> <p><input type="checkbox"/> POCHI MINUTI <input type="checkbox"/> UN' ORA <input type="checkbox"/> UN GIORNO</p> | <p>DO YOU HAVE PAIN OR DISCOMFORT?</p> <p><input type="checkbox"/> YES <input type="checkbox"/> NO,</p> <p>DO YOU FEEL?</p> <p><input type="checkbox"/> DIZZY <input type="checkbox"/> UNBALANCED <input type="checkbox"/> NUMBNESS (POINT TO WHERE) <input type="checkbox"/> WEAK <input type="checkbox"/> ANXIOUS <input type="checkbox"/> NAUSEOUS <input type="checkbox"/> NONE OF THE ABOVE</p> <p>IS PAIN STRONG?</p> <p><input type="checkbox"/> NO <input type="checkbox"/> YES, HOW MUCH?</p> <p><input type="checkbox"/> NO PAIN 0 <input type="checkbox"/> MILD PAIN 1 <input type="checkbox"/> MODERATE PAIN 2 <input type="checkbox"/> SEVERE PAIN 3 <input type="checkbox"/> VERY SEVERE PAIN 4</p> <p>HOW LONG HAS THE PAIN BEEN THERE?</p> <p><input type="checkbox"/> SINCE ONE HOUR <input type="checkbox"/> ONE DAY <input type="checkbox"/> ONE WEEK <input type="checkbox"/> >ONE WEEK</p> <p>HOW LONG DID IT LAST?</p> <p><input type="checkbox"/> A FEW MINUTES <input type="checkbox"/> ONE HOUR <input type="checkbox"/> ONE DAY</p> | <p>AVEZ-VOUS MAL QUELQUE PART?</p> <p><input type="checkbox"/> OUI <input type="checkbox"/> NON</p> <p>COMMENT VOUS SENTEZ-VOUS.</p> <p><input type="checkbox"/> ETOURDI <input type="checkbox"/> AVEC DES VERTIGES <input type="checkbox"/> AVEC DES DEMANGEAISONS,OU? <input type="checkbox"/> FAIBLE,DEBILE <input type="checkbox"/> ANXIEUX <input type="checkbox"/> AVEC DE NAUSEES <input type="checkbox"/> AUCUN DES SYMPTOMES DECRIS CI-HAUT</p> <p>LA DOULEUR EST FORT?</p> <p><input type="checkbox"/> NON <input type="checkbox"/> OUI, COMBIEN?</p> <p><input type="checkbox"/> NON DOULEUR 0 <input type="checkbox"/> DOULEUR FAIBLE 1 <input type="checkbox"/> DOULEUR MODEREE 2 <input type="checkbox"/> DOULEUR FORT 3 <input type="checkbox"/> DOULEUR TRES FORT 4</p> <p>QUAND CELA A-T-IL COMMENCE?</p> <p><input type="checkbox"/> IL Y A UNE HEURE <input type="checkbox"/> UN JOUR <input type="checkbox"/> UNE SEMAINE <input type="checkbox"/> >UNE SEMAINE</p> <p>COMBIEN DE TEMPS CELA A-T-IL DURE'?</p> <p><input type="checkbox"/> QUELCHES MINUTES <input type="checkbox"/> UNE HEURE <input type="checkbox"/> UN JOUR</p> | <p>HABEN SIE SCHMERZEN ODER BESCHWERDEN?</p> <p><input type="checkbox"/> JA <input type="checkbox"/> NEIN</p> <p>HABEN SIE?</p> <p><input type="checkbox"/> SCHWINDLIG <input type="checkbox"/> GLEICHGEWICHTSSTORUNGEN <input type="checkbox"/> GEFUHLLOSIGKEIT ODER KRIBBELN IM KORPER (ZEIGEN SIE MIR, WO) <input type="checkbox"/> SCHAWACH <input type="checkbox"/> ÄNGSTLICH, VERSTART <input type="checkbox"/> ÜBEL <input type="checkbox"/> KEINE DER OBENGENANNTEN SYMPTONE</p> <p>WIE STARK (INTENSIVE) IST DER SCHMERZJETZT?</p> <p><input type="checkbox"/> NEIN SCHMERZ 0 <input type="checkbox"/> LEICHT SCHMERZ 1 <input type="checkbox"/> MITTEL SCHMERZ 2 <input type="checkbox"/> STARK SCHMERZ 3 <input type="checkbox"/> SEHR STARK SCHMERZ 4</p> <p>WIE LANGE HABEN SIE SCHON SCHMERZEN?</p> <p><input type="checkbox"/> 1 STUNDE <input type="checkbox"/> 1 TAG <input type="checkbox"/> 1 WOCHE <input type="checkbox"/> >1 WOCHE</p> <p>WIE LANGE DAUERT DER SCHMERZ?</p> <p><input type="checkbox"/> WENIGE MINUTER <input type="checkbox"/> EINE STUNDE <input type="checkbox"/> EINEN TAG</p> | <p>¿TIENES ALGUN DOLORE O MOLESTIA?</p> <p><input type="checkbox"/> SI <input type="checkbox"/> NO</p> <p>TE SIENTES:</p> <p><input type="checkbox"/> ATURDITO <input type="checkbox"/> VERTIGOS <input type="checkbox"/> HORMIGUEO (SEÑALA EN DONDE) <input type="checkbox"/> DEBIL <input type="checkbox"/> ANSIOSO <input type="checkbox"/> NAUSEA <input type="checkbox"/> NINGUNO DE ESTOS</p> <p>¿ES FUERTE EL DOLOR?</p> <p><input type="checkbox"/> NO <input type="checkbox"/> SI, ¿QUANTO?</p> <p><input type="checkbox"/> NINGÚN DOLOR 0 <input type="checkbox"/> POCO DOLOR 1 <input type="checkbox"/> MODERADO DOLOR 2 <input type="checkbox"/> FUERTE DOLOR 3 <input type="checkbox"/> MUY FUERTE DOLOR 4</p> <p>¿QUANDO COMENZO' ?</p> <p><input type="checkbox"/> HACE UNA HORA <input type="checkbox"/> UN DIA <input type="checkbox"/> UNA SEMANA <input type="checkbox"/> >UNA SEMANA</p> <p>¿QUANTO TE HA DURADO?</p> <p><input type="checkbox"/> POCOS MINUTOS <input type="checkbox"/> UNA HORA <input type="checkbox"/> UN DIA</p> |

ASST DI PAVIA

| ITALIANO | ENGLISH | FRANCAIS | DEUTCH | ESPAÑOL |
|--|--|--|--|---|
| <p>E' LA PRIMA VOLTA CHE HAI QUESTO DOLORE?</p> <p><input type="checkbox"/> SI <input type="checkbox"/> NO</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>IS IT THE FIRST TIME YOU FEEL THIS PAIN?</p> <p><input type="checkbox"/> YES <input type="checkbox"/> NO</p> <p>WHEN THE PAIN STARTED, WHAT DID YOU DO? (PICK ONE OR MORE)</p> <p><input type="checkbox"/> RESTING <input type="checkbox"/> PHYSICALLY WORKING <input type="checkbox"/> EATING <input type="checkbox"/> EMOTIONALLY UPSET <input type="checkbox"/> URINATING <input type="checkbox"/> HAVING A BOWEL MOVEMENT <input type="checkbox"/> VOMITING <input type="checkbox"/> COUGHING</p> | <p>EST CE-LA PREMIERE FOIS QUE VOUS AVEZ CETTE DOULEUR?</p> <p><input type="checkbox"/> OUI <input type="checkbox"/> NON</p> <p>LORSQUE VOTRE DOULER A COMMENCE ? (UNE OU PLUSIEURS CHOIX)</p> <p><input type="checkbox"/> ETIEZ-VOUS AU REPOS <input type="checkbox"/> FAISIEZ-VOUS UN TRAVIAL PHYSIQUE <input type="checkbox"/> MANGIEZ-VOUS <input type="checkbox"/> DANS UN MOMENT DE DETRESSE EMOTIONELLE <input type="checkbox"/> PENDANT QUE VOUS URINIEZ <input type="checkbox"/> PENDANT LE FONCIONNE MENT DE VOS INTESTINS <input type="checkbox"/> EN VOMISSANT <input type="checkbox"/> EN TOUSSANT</p> | <p>HATTEN SIE DIESE SCHMERZEN VORHER SCHON EINMAL?</p> <p><input type="checkbox"/> JA <input type="checkbox"/> NEIN</p> <p>WAS HABEN SIE GERADE GEMACTH, ALS DER SCHMERZ AUFTRAT? (WAHLEN SIE EINE ODER MEHRERE MOGLICHKEITEN)</p> <p><input type="checkbox"/> GERUHT <input type="checkbox"/> KORPERLICH GEARBEITET <input type="checkbox"/> WAREN SIE ERREGT <input type="checkbox"/> WASSER GELASSEN <input type="checkbox"/> HATTEN SIE STUHLGANG <input type="checkbox"/> HABEN SIE SICH ERBROCHEN <input type="checkbox"/> GEHUSTET</p> | <p>¿ES LA PRIMERA VEZ QUE SIENTE ESTE DOLOR?</p> <p><input type="checkbox"/> SI <input type="checkbox"/> NO</p> <p>¿QUANDO HA INICIADO EL DOLOR, ¿QUE ESTABA HACIENDO ? (ESCOGA UNO O MÁS)</p> <p><input type="checkbox"/> DESCANSANDO <input type="checkbox"/> TRABAJANDO FISICAMENTE <input type="checkbox"/> COMIENDO <input type="checkbox"/> EMOCIONANDOME <input type="checkbox"/> ORINANDO <input type="checkbox"/> DEFECANDO <input type="checkbox"/> VOMITANDO <input type="checkbox"/> TOSIENDO</p> |

ASST DI PAVIA



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

WHERE DO YOU FEEL **PAIN**? DOES THE **PAIN** GO ANYWHERE ELSE?

OU' AVEZ-VOUS **MAL**? SI QUI MONTREZ OU'






DEUTEN SIE BITTE MIT EINEM FINGER AUF DIE **SCHMERZSTELLE**.

SEÑALAE **DONDE** LE DUELE.¿DONDE SE EXTIENDE **EL DOLOR**?

ASST DI PAVIA

QUANTO DOLORE SENTI?

| | |
|-----------------|------------------------------------|
| FRANCESE | COMBIEN DE MAL VOUS SENTEZ? |
| INGLESE | HOW MUCH PAIN DO YOU FEEL? |
| TEDESCO | WIE VIEL SCHMERZ HABEN SIE? |
| SPAGNOLO | ¿CUANTO DOLOR SIENTES? |

| | | | | | | | | | |
|----------|----------|----------|----------|----------|----------|----------|----------|----------|-----------|
| 1 | 2 | 3 | 4 | 5 | 6 | 7 | 8 | 9 | 10 |
|----------|----------|----------|----------|----------|----------|----------|----------|----------|-----------|

| | | | | |
|---------------|------------------|-------------------|---------------|-------------------|
| NIENTE | POCO | ABBASTANZA | FORTE | FORTISSIMO |
| RIEN | PETIT PEU | ASSEZ | FORT | TRÈS FORT |
| NO | LITTLE | ENOUGH | SEVERE | EXTREME |
| NICHTS | WENIG | ZIEMLICH | GROß | SEHR GROß |
| NADA | POCO | BASTANTE | FUERTE | MUY FUERTE |

ASST DI PAVIA

| ITALIANO | ENGLISH | FRANCAIS | DEUTCH | ESPAÑOL |
|--|--|--|---|---|
| HAI FEBBRE? <input type="checkbox"/> SI <input type="checkbox"/> NO | FEVER? <input type="checkbox"/> YES <input type="checkbox"/> NO | FIEVRE? <input type="checkbox"/> OUI <input type="checkbox"/> NON | HABEN SIE FIEBER? <input type="checkbox"/> JA <input type="checkbox"/> NEIN | ¿TIENE FIEBRE? <input type="checkbox"/> SI <input type="checkbox"/> NO |
| FAI FATICA A RESPIRARE? <input type="checkbox"/> SI <input type="checkbox"/> NO | ARE YOU SHORT OF BREATH? <input type="checkbox"/> YES <input type="checkbox"/> NO | AVEZ-VOUS DES DIFFICULTEES A RESPIRER ? <input type="checkbox"/> OUI <input type="checkbox"/> NON | SIND SIE KURZATMIG ? <input type="checkbox"/> JA <input type="checkbox"/> NEIN | ¿ RESPIRAS MAL ? <input type="checkbox"/> SI <input type="checkbox"/> NO |
| HAI AVUTO UN PROBLEMA CRONICO RESPIRATORIO? <input type="checkbox"/> SI <input type="checkbox"/> NO | DO YOU HAVE A CHRONIC BREATHING PROBLEM? <input type="checkbox"/> YES <input type="checkbox"/> NO | AVEZ-VOUS UN PROBLEME DE RESPIRATION CHRONIQUE ? <input type="checkbox"/> OUI <input type="checkbox"/> NON | HABEN SIE CHRONISCHE ATEMBESCHWERDEN/EIN CHRONISCHES ATEMLEIDEN? <input type="checkbox"/> JA <input type="checkbox"/> NEIN | ¿TIENE PROBLEMAS CRONICOS DE RESPIRACIÓN ? <input type="checkbox"/> SI <input type="checkbox"/> NO |
| HAI AVUTO TOSSE CON CATARRO? <input type="checkbox"/> SI <input type="checkbox"/> NO | DID YOU COUGH? <input type="checkbox"/> YES <input type="checkbox"/> NO | AVEZ-VOUS DE LA TOUX CATARRHALE? <input type="checkbox"/> OUI <input type="checkbox"/> NON | HABEN SIE HUSTEN UND KATARRH? <input type="checkbox"/> JA <input type="checkbox"/> NEIN | ¿HA TENIDO TOS CON CATARRO? <input type="checkbox"/> SI <input type="checkbox"/> NO |
| TOSSE CON SANGUE ? <input type="checkbox"/> SI <input type="checkbox"/> NO | COUGH WITH BLOOD? <input type="checkbox"/> YES <input type="checkbox"/> NO | TOUX AVEC SANG? <input type="checkbox"/> OUI <input type="checkbox"/> NON | HUSTEN UND BLUTEN? <input type="checkbox"/> JA <input type="checkbox"/> NEIN | ¿ TOS CON SANGRE? <input type="checkbox"/> SI <input type="checkbox"/> NO |
| TI SI GONFIANO I PIEDI? <input type="checkbox"/> SI <input type="checkbox"/> NO | DO YOUR FEET SWELL? <input type="checkbox"/> YES <input type="checkbox"/> NO | EST-CE QUE LES VOS PIEDS ENFLENT? <input type="checkbox"/> OUI <input type="checkbox"/> NON | SCHWELLEN IHRE FUßE AN? <input type="checkbox"/> JA <input type="checkbox"/> NEIN | ¿SE LE HINCHAN LOS PIES ? <input type="checkbox"/> SI <input type="checkbox"/> NO |
| HAI PERSO COSCIENZA? <input type="checkbox"/> SI <input type="checkbox"/> NO | DID YOU FAINT? <input type="checkbox"/> YES <input type="checkbox"/> NO | AVEZ-VOUS PERDU CONNAISSANCE? <input type="checkbox"/> OUI <input type="checkbox"/> NON | WAREN SIE BEWUßTLOS? <input type="checkbox"/> JA <input type="checkbox"/> NEIN | ¿HA PERDIDO EL CONOCIMIENTO ? <input type="checkbox"/> SI <input type="checkbox"/> NO |
| INDICA QUALE PARTE DEL CORPO MUOVI MENO | IF YOU CANNOT MOVE ANY PART OF YOUR BODY, POINT WHICH ONE. | SI VOUS N' ARRIVEZ PAS A' BOUGER EXTREMITES, DE LAQUELLE S' AGIT-IL | WELCHEN KÖRPERTEIL BEWEGEN SIE WENIGER? | SI NO PUEDE MOVER UNO O MAS ARTICULACIONES, INDIQUE QUALES |
| INDICA IN QUALE PARTE HAI MENO SENSIBILITA' | IF YOU FEEL ANY SENSORY LOSS IN THE BODY , SHOW WHERE. | SI VOUS AVEZ UNE SENSIBILITE' REDUITE | WELCHEN KÖRPERTEIL FÜHLEN SIE NICHT | SI TIENE UNA O MAS ARTICULACIONES CON REDUCIDA SENSIBILIDAD , INDIQUE QUALES. |
| HAI VERTIGINI? <input type="checkbox"/> SI <input type="checkbox"/> NO | DO YOU FEEL DIZZY? <input type="checkbox"/> YES <input type="checkbox"/> NO | AVEZ-VOUS EU DES VERTIGES ? <input type="checkbox"/> OUI <input type="checkbox"/> NON | HABEN SIE SCHWINDEL? <input type="checkbox"/> JA <input type="checkbox"/> NEIN | ¿HA TENIDO VERTIGO ? <input type="checkbox"/> SI <input type="checkbox"/> NO |
| HAI DISTURBI UDITIVI? <input type="checkbox"/> SI <input type="checkbox"/> NO | DO YOU HAVE HEARING PROBLEMS? <input type="checkbox"/> YES <input type="checkbox"/> NO | TROUBLES AUDITIFS <input type="checkbox"/> OUI <input type="checkbox"/> NON | HÖRSTÖRINGER? <input type="checkbox"/> JA <input type="checkbox"/> NEIN | ¿ MOLESTIAS AUDITIVAS? <input type="checkbox"/> SI <input type="checkbox"/> NO |
| HAI DISTURBI VISIVI? <input type="checkbox"/> SI <input type="checkbox"/> NO | DO YOU HAVE SIGHTING PROBLEMS? <input type="checkbox"/> YES <input type="checkbox"/> NO | TROUBLES DE LA VUE ? <input type="checkbox"/> OUI <input type="checkbox"/> NON | SEHSTÖRINGER? <input type="checkbox"/> JA <input type="checkbox"/> NEIN | ¿ MOLESTIAS VISUALES? <input type="checkbox"/> SI <input type="checkbox"/> NO |
| HAI CEFALEA? <input type="checkbox"/> SI <input type="checkbox"/> NO | DOYOU HAVE HEADACHE? <input type="checkbox"/> YES <input type="checkbox"/> NO | MAL A LA TETE ? <input type="checkbox"/> OUI <input type="checkbox"/> NON | KOPFSCHMERZEN? <input type="checkbox"/> JA <input type="checkbox"/> NEIN | ¿ DOLOR DE CABEZA? <input type="checkbox"/> SI <input type="checkbox"/> NO |
| HAI AVUTO CONVULSIONI E SPASMI MUSCOLARI? <input type="checkbox"/> SI <input type="checkbox"/> NO | DID YOU HAVE MUSCLE SPASM OR SEIZURES? <input type="checkbox"/> YES <input type="checkbox"/> NO | CONTRACTIONS MUSCOLAIRES ? <input type="checkbox"/> OUI <input type="checkbox"/> NON | MUSKELKRÄMPFL? <input type="checkbox"/> JA <input type="checkbox"/> NEIN | ¿ CONTRACCIONES O RIGIDEZ MUSCOLAR? <input type="checkbox"/> SI <input type="checkbox"/> NO |

ASST DI PAVIA

| ITALIANO | ENGLISH | FRANCAIS | DEUTCH | ESPAÑOL |
|--|---|---|---|---|
| <p>HAI AVUTO VOMITO?</p> <p><input type="checkbox"/> NO</p> <p><input type="checkbox"/> SÌ</p> <p>1. CIBO</p> <p>2. LIQUIDI</p> <p>3. SANGUE</p> <p>4. BILE</p> | <p>DID YOU THROW UP?</p> <p><input type="checkbox"/> NO</p> <p><input type="checkbox"/> YES</p> <p>1. FOOD</p> <p>2. LIQUID</p> <p>3. BLOOD</p> <p>4. BILE</p> | <p>AVEZ-VOUS VOMI?</p> <p><input type="checkbox"/> NON</p> <p><input type="checkbox"/> OUI</p> <p>1. NOURRITURE</p> <p>2. LIQUIDES</p> <p>3. SANG</p> <p>4. BILE</p> | <p>HATTEN SIE SICH ERBROCHEN?</p> <p><input type="checkbox"/> JA</p> <p><input type="checkbox"/> NEIN</p> <p>1. ESSEN</p> <p>2. FLÜSSIGKEIT</p> <p>3. BLUTEN</p> <p>4. GALLE</p> | <p>¿HA VOMITADO ?</p> <p><input type="checkbox"/> NO</p> <p><input type="checkbox"/> SÌ</p> <p>1. COMIDA</p> <p>2. LIQUIDO</p> <p>3. SANGRE</p> <p>4. BILIS</p> |
| <p>HAI AVUTO NAUSEA?</p> <p><input type="checkbox"/> SÌ</p> <p><input type="checkbox"/> NO</p> | <p>DID YOU FEEL NAUSEA?</p> <p><input type="checkbox"/> YES</p> <p><input type="checkbox"/> NO</p> | <p>AVEZ-VOUS EU DES NAUSEES?</p> <p><input type="checkbox"/> OUI</p> <p><input type="checkbox"/> NON</p> | <p>WAR ÏNHEN SCHLECHT?</p> <p><input type="checkbox"/> JA</p> <p><input type="checkbox"/> NEIN</p> | <p>¿HA TENIDO NAUSEA?</p> <p><input type="checkbox"/> SÌ</p> <p><input type="checkbox"/> NO</p> |
| <p>HAI DEFECATO REGOLARMENTE?</p> <p><input type="checkbox"/> SÌ</p> <p><input type="checkbox"/> NO</p> <p><input type="checkbox"/> STIPSI</p> <p><input type="checkbox"/> DIARREA</p> | <p>DO YOU REGULARLY GO TO TOILET?</p> <p><input type="checkbox"/> YES</p> <p><input type="checkbox"/> NO</p> <p><input type="checkbox"/> CONSTIPATION</p> <p><input type="checkbox"/> DIARRHEA</p> | <p>DEFEQUEZ-VOUS REGULIEREMENT?</p> <p><input type="checkbox"/> OUI</p> <p><input type="checkbox"/> NON</p> <p><input type="checkbox"/> CONSTIPATION</p> <p><input type="checkbox"/> DIARREHEE</p> | <p>REGELMÄBIGER STUHLGANG?</p> <p><input type="checkbox"/> JA</p> <p><input type="checkbox"/> NEIN</p> <p><input type="checkbox"/> VERSTOP</p> <p>FUNC</p> <p><input type="checkbox"/> DURCHFALL</p> | <p>¿DEFECA REGOLARMENTE?</p> <p><input type="checkbox"/> SÌ</p> <p><input type="checkbox"/> NO</p> <p><input type="checkbox"/> EXTREÑIDO</p> <p><input type="checkbox"/> DIARREA</p> |
| <p>HAI URINATO REGOLARMENTE?</p> <p><input type="checkbox"/> SÌ</p> <p><input type="checkbox"/> NO</p> <p><input type="checkbox"/> CON BRUCIORE</p> <p><input type="checkbox"/> CON DIFFICOLTA'</p> | <p>DO YOU VOID BLADDER REGULARLY?</p> <p><input type="checkbox"/> YES</p> <p><input type="checkbox"/> NO</p> <p><input type="checkbox"/> BURNING PAIN</p> <p><input type="checkbox"/> DIFFICULTY TO VOID</p> | <p>URINEZ-VOUS REGULIEREMENT?</p> <p><input type="checkbox"/> OUI</p> <p><input type="checkbox"/> NON</p> <p><input type="checkbox"/> SENSATION DE BRULURE</p> <p><input type="checkbox"/> DIFFICULTE A URINER</p> | <p>REGELMÄBIGER WASSERLASSEN?</p> <p><input type="checkbox"/> JA</p> <p><input type="checkbox"/> NEIN</p> <p><input type="checkbox"/> BRENNEN</p> <p><input type="checkbox"/> PROBLEME</p> | <p>¿ORINA REGOLARMENTE ?</p> <p><input type="checkbox"/> SÌ</p> <p><input type="checkbox"/> NO</p> <p><input type="checkbox"/> ARDOR AL ORINAR</p> <p><input type="checkbox"/> DIFICULTAD A ORINAR</p> |

ASST DI PAVIA

ACCESSO IN PRONTO SOCCORSO PER TRAUMA

| ITALIANO | ENGLISH | FRANCAIS | DEUTCH | ESPAÑOL |
|---|--|--|---|--|
| <p>HAI AVUTO UN INCIDENTE STRADALE?</p> <p>TI SEI FATTO MALE</p> <p><input type="checkbox"/> LITIGANDO</p> <p><input type="checkbox"/> CON UN OGGETTO TAGLIENTE</p> <p><input type="checkbox"/> CON MACCHINARI</p> <p><input type="checkbox"/> CON ARMI DA FUOCO</p> <p><input type="checkbox"/> IN ALTRI MODI</p> | <p>DID YOU HAVE A ROAD ACCIDENT ?</p> <p>WHERE YOU INJURED BY</p> <p><input type="checkbox"/> A FIGHT</p> <p><input type="checkbox"/> A SHARP OBJECT</p> <p><input type="checkbox"/> MACHINERY</p> <p><input type="checkbox"/> FIREARMS</p> <p><input type="checkbox"/> OTHER WOUNDS/INJURIES</p> | <p>AVEZ-VOUS EU UN ACCIDENT DE VOITURE?</p> <p>AVEZ- VOUS ÉTÉ BLESSÉ</p> <p><input type="checkbox"/> DANS UNE BAGARRE</p> <p><input type="checkbox"/> PAR UN OBJET POINTU/TRANCHANT</p> <p><input type="checkbox"/> PAR UNE ARME À FEU</p> <p><input type="checkbox"/> PAR QUELQUES CHOSE D'AUTRE</p> | <p>WODURCH HABEN SIE SICH VERLETZT EINEN AUTOUNFALL BEI</p> <p><input type="checkbox"/> EINEM KAMPF</p> <p><input type="checkbox"/> EINEM SCHARFEN GEGENSTAND</p> <p><input type="checkbox"/> EINE MASCHINE</p> <p><input type="checkbox"/> EINEM GEWHER-ODER REVOLVERSCHUSS</p> <p><input type="checkbox"/> AUF EINE ANDERE ART ALS ANGEGEBEN</p> | <p>¿HA SUFRIDO UN ACCIDENTE DE TRANSITO ?</p> <p>COMO TE HAS LASTIMADO</p> <p><input type="checkbox"/> PELANDO</p> <p><input type="checkbox"/> CON OBJETO AFILADO</p> <p><input type="checkbox"/> MAQUINAS</p> <p><input type="checkbox"/> ARMAS DE FUEGO</p> <p><input type="checkbox"/> HERIDO DE OTRO MODO</p> |
| <p>E' STATO UN INFORTUNIO SUL LAVORO ?</p> | <p>DID YOU HAVE AN ACCIDENT IN A WORKING SITE ?</p> | <p>S'AGIT-IL D'UN ACCIDENT DU TRAVAIL?</p> | <p>WAR ES EIN DEIENSTUNFALL</p> | <p>¿ HA SUFRIDO UN ACCIDENTE DE TRABAJO?</p> |
| <p>INDICA QUALI SONO LE PARTI DEL CORPO CONTUSE. SE HAI ARTICOLAZIONI CON RIDOTTA MOBILITÀ, INDICA QUALI.</p> | <p>WHICH PART OF YUOR BODY ARE BRUISED ? IF YOU CANNOT MOVE ANY OF YUOR LIMBS, POINT WHICH ONE.</p> | <p>QUELLE PARTIE DE VOTRE CORPS A ETÉ CONTOSSIONÉE ? SI VOUS N'ARRIVEZ PAS A BOUGER UNE OU PLUSIEURS EXTREMITES, IDIQUEZ LAQUELLE</p> | <p>ZEIGEN SIE DIE STELLEN WO SIE PRELLUNGEN HABEN, ODER GELENKE MIT EIGENSCHRANKETER BEWEGUNG HABEN</p> | <p>INDIQUE LAS PARTES DEL CUERPO GOLPEADAS. SI NO PUEDE MOVER UNA O MAS ARTICULACIONES, INDIQUE CUALES</p> |
| <p>HAI RESPIRATO</p> <p><input type="checkbox"/> FUMI DI COMBUSTIONE?</p> <p><input type="checkbox"/> SOSTANZE CHIMICHE?</p> | <p>DID YOU BREATH</p> <p><input type="checkbox"/> SMOKE?</p> <p><input type="checkbox"/> CHEMICALS ?</p> | <p>AVEZ-VOUS INHALE</p> <p><input type="checkbox"/> FUMÉES DE COMBUSTION?</p> <p><input type="checkbox"/> SUBSTANCES CHIMIQUES ?</p> | <p>HABEN SIE EINGEATMET</p> <p><input type="checkbox"/> GASE,</p> <p><input type="checkbox"/> RAUCH ODER CHEMISCHE SUBSTANZE?</p> | <p>¿HA RESPIRADO HUMO DU COMBUSTION SUBSTANCIA QUIMICA?-</p> |
| <p>HAI SUBITO VIOLENZA SESSUALE?</p> | <p>WERE YOU SEXUALLY ABUSED ?</p> | <p>AVEZ-VOUS SUBI DES VIOLENCES SEXUELLES?</p> | <p>SIND SIEVERGE= WALTING WORDEN ?</p> | <p>¿HA SUFRIDO VIOLENCIA SEXUAL ?</p> |
| <p>HAI AVUTO UNA AGGRESSIONE ?</p> | <p>HAVE YOU BEEN ASSAULTED?</p> | <p>AVEZ-VOUS AGGRESSÉ ?</p> | <p>SIND SIE ANGEGRIFFEN WORDEN ?</p> | <p>¿HA ESTADO AGREDIDO ?</p> |
| <p>TI SEI USTIONATO?</p> <p><input type="checkbox"/> NO</p> <p><input type="checkbox"/> SI</p> <p>- ACIDO</p> <p>- OLIO</p> <p>- FUOCO</p> <p>- ACQUA</p> <p>- VAPORE</p> | <p>DID YOU SUFFER ANY BURNING?</p> <p><input type="checkbox"/> YES</p> <p><input type="checkbox"/> NO</p> <p>- ACID</p> <p>- OIL</p> <p>- FIRE</p> <p>- HOT WATER</p> <p>- STEAM</p> | <p>VOUS ETES-VOUS BRULÉS?</p> <p><input type="checkbox"/> OUI</p> <p><input type="checkbox"/> NON</p> <p>- ACIDE</p> <p>- HUILE</p> <p>- FEU</p> <p>- EAU BOUILLANTE</p> <p>- VAPEUR</p> | <p>HABEN SIE VERBRENNUNGEN ?</p> <p><input type="checkbox"/> JA</p> <p><input type="checkbox"/> NEIN</p> <p>- SAURE</p> <p>- OEL</p> <p>- FEUER</p> <p>- KOCHENDES WASSER</p> <p>- DAMPF</p> | <p>¿SE HA QUEMADO ?</p> <p><input type="checkbox"/> SI</p> <p><input type="checkbox"/> NO</p> <p>- ACIDO</p> <p>- ACETE</p> <p>- FUEGO</p> <p>- AGUA CALIENTE</p> <p>- VAPOR</p> |
| <p>COME TI SENTI?</p> <p>- MEGLIO</p> <p>- PEGGIO</p> <p>- COME PRIMA</p> | <p>DO YOU FEEL ?</p> <p>- BETTER</p> <p>- WORSE</p> <p>- SAME</p> | <p>COMMENT VOUS SENTEZ-VOUS ?</p> <p>- MIEUX</p> <p>- PIRE</p> <p>- LE MEME</p> | <p>FUHLN SIE SICH?</p> <p>- BESSER</p> <p>- SCHLECHTER</p> <p>- GENAU SO WIE VORHER</p> | <p>¿ COMO TE ESCUENTRAS?</p> <p>- MEJOR</p> <p>- PEOR</p> <p>- IGUAL</p> |