



ROMENO

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

SCHEDĂ ÎN MAI MULTE LIMBI PENTRU PRIMIREA PAȚIENȚILOR STRĂINI PENTRU ACCESUL LA SPITALUL DE URGENȚĂ

<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>STIMATĂ DOAMNĂ/ STIMAT DOMN, ÎN ACEST MOMENT DUMNEAVOASTRĂ VĂ AFLAȚI LA SPITALUL DE URGENȚĂ (PRONTO SOCCORSO) ..... ACESTE ÎNTREBĂRI VĂ SUNT ADRESATE PENTRU A VĂ OFERI CEA MAI BUNĂ ASISTENȚĂ, VĂ RUGĂM SĂ RĂSPUNDEȚI CU MAXIMĂ EXACTETE (PRECIZIE).</p>
---	--

<p><b>COGNOME, NOME</b> PRENUME, NUME</p> <p>.....</p> <p>.....</p>	<p><b>LUOGO DI NASCITA, STATO</b> LOCUL DE NAȘTERE, ȚARA</p> <p>.....</p> <p>.....</p>
<p><b>DATA DI NASCITA</b> DATA DE NAȘTERE</p> <p>.....</p>	<p><b>DOMICILIO</b> DOMICILIUL</p> <p>.....</p> <p>.....</p>
<p><b>DOBBIAMO AVVISARE DEI FAMILIARI?</b> TREBUIE SĂ AVIZĂM FAMILIARII?</p> <p><input type="checkbox"/> SI      <input type="checkbox"/> NO</p> <p><input type="checkbox"/> DA      <input type="checkbox"/> NU</p>	<p><b>GRUPPO SANGUIGNO E FATTORE RH</b> GRUPUL SANGUIN, FACTORUL RH</p> <p>.....</p>
<p><b>ALLERGIE O INCOMPATIBILITÀ (FARMACOLOGICHE)</b> ALERGIE LA MEDICAMENTE SAU INCOMPATIBILITATE?</p> <p>.....</p> <p>.....</p>	
<p><b>GRAVIDANZA</b> GRAVIDANTA?</p> <p><input type="checkbox"/> SI      <input type="checkbox"/> NO</p> <p><input type="checkbox"/> DA      <input type="checkbox"/> NU</p> <p>I TRIMESTRE      I SEMESTRU</p> <p>II TRIMESTRE      II-lea SEMESTRU</p> <p>III TRIMESTRE      III -lea SEMESTRU</p>	

# ASST DI PAVIA

<b>PREGRESSO INFARTO DEL MIOCARDIO</b> <i>ÎN TRECUT AAVUT INFARCT MIOCARDIC?</i>	<input type="checkbox"/> SI <input type="checkbox"/> DA	<input type="checkbox"/> NO <input type="checkbox"/> NU
<b>ANGINA PECTORIS</b> <i>ANGHINĂ PECTORALĂ?</i>	<input type="checkbox"/> SI <input type="checkbox"/> DA	<input type="checkbox"/> NO <input type="checkbox"/> NU
<b>IPERTENSIONE</b> <i>HIPERTENSIUNE?</i>	<input type="checkbox"/> SI <input type="checkbox"/> DA	<input type="checkbox"/> NO <input type="checkbox"/> NU
<b>STIMOLATORE CARDIACO</b> <i>STIMULATOR CARDIAC?</i>	<input type="checkbox"/> SI <input type="checkbox"/> DA	<input type="checkbox"/> NO <input type="checkbox"/> NU
<b>ALTRE MALATTIE CARDIOVASCOLARI</b> <i>ALTE BOLI CARDIOVASCOLARE? .....</i> .....		
<b>DIABETE</b> <i>DIABET?</i>	<input type="checkbox"/> SI <input type="checkbox"/> DA	<input type="checkbox"/> NO <input type="checkbox"/> NU
<b>DIALISI</b> <i>DIALIZĂ?</i>	<input type="checkbox"/> SI <input type="checkbox"/> DA	<input type="checkbox"/> NO <input type="checkbox"/> NU
<b>MALATTIE BRONCOPOLMONARI</b> <i>BOLI BROCCOPULMONARE?</i>	<input type="checkbox"/> SI <input type="checkbox"/> DA	<input type="checkbox"/> NO <input type="checkbox"/> NU
<b>MALATTIE INFETTIVE PREGRESSE</b> <i>BOLI INFECȚIVE (în trecut)?</i>	<input type="checkbox"/> SI <input type="checkbox"/> DA	<input type="checkbox"/> NO <input type="checkbox"/> NU
<b>PRECEDENTI DI ANSIETA E DEPRESSIONE</b> <i>ANTECEDENT DE ANSIE ȘI DEPRESIUNE?</i>	<input type="checkbox"/> SI <input type="checkbox"/> DA	<input type="checkbox"/> NO <input type="checkbox"/> NU
<b>MALATTIE NEUROLOGICHE</b> <i>BOLI NEUROLOGICE?</i>	<input type="checkbox"/> SI <input type="checkbox"/> DA	<input type="checkbox"/> NO <input type="checkbox"/> NU
<b>MALATTIE GASTROINTESTINALI</b> <i>BOLI GASTROINTESTINALE?</i>	<input type="checkbox"/> SI <input type="checkbox"/> DA	<input type="checkbox"/> NO <input type="checkbox"/> NU
<b>MALATTIE CUTANEE</b> <i>BOLI DE PIELE?</i>	<input type="checkbox"/> SI <input type="checkbox"/> DA	<input type="checkbox"/> NO <input type="checkbox"/> NU
<b>RICOVERI OSPEDALIERI</b> <i>SPITALIZĂRI?</i>	<input type="checkbox"/> SI <input type="checkbox"/> DA	<input type="checkbox"/> NO <input type="checkbox"/> NU

# ASST DI PAVIA

**ORGANO TRAPIANTATO**

ORGANUL TRASPLANTAT?

.....

**TERAPIA IN ATTO**

TERAPIA ÎN CURS?

.....

.....

**NOME DEI FARMACI**

NUMELE MEDICAMENTELOR?

.....

.....

**DATE DI ASSUNZIONE**

DAT ORARIUL DE ASUMERE A MEDICAMENTELOR?

.....

# ASST DI PAVIA

<b>ANTICOAGULANTI</b> <i>ANTICOAGULANȚI</i>	<input type="checkbox"/> SI <input type="checkbox"/> DA	<input type="checkbox"/> NO <input type="checkbox"/> NU	<b>ANTIDIABETICI</b> <i>ANTIDIABET</i>	<input type="checkbox"/> SI <input type="checkbox"/> DA	<input type="checkbox"/> NO <input type="checkbox"/> NU
<b>ANTIANGINOSI</b> <i>ANTIANGHINOZĂ</i>	<input type="checkbox"/> SI <input type="checkbox"/> DA	<input type="checkbox"/> NO <input type="checkbox"/> NU	<b>ANTIARITMICI</b> <i>ANTIARITMIC</i>	<input type="checkbox"/> SI <input type="checkbox"/> DA	<input type="checkbox"/> NO <input type="checkbox"/> NU
<b>ANTI-IPERTENSIVI</b> <i>ANTI HIPERTENSIUNE</i>	<input type="checkbox"/> SI <input type="checkbox"/> DA	<input type="checkbox"/> NO <input type="checkbox"/> NU	<b>ANTICONVULSIVI</b> <i>ANTICONVULSII</i>	<input type="checkbox"/> SI <input type="checkbox"/> DA	<input type="checkbox"/> NO <input type="checkbox"/> NU
<b>SALICILATI</b> <i>SALICILAT</i>	<input type="checkbox"/> SI <input type="checkbox"/> DA	<input type="checkbox"/> NO <input type="checkbox"/> NU	<b>ANTISTAMINICI</b> <i>ANTISTAMINICI</i>	<input type="checkbox"/> SI <input type="checkbox"/> DA	<input type="checkbox"/> NO <input type="checkbox"/> NU
<b>IMMUNODEPRESSIVI</b> <i>IMUNODEPRESIVÎL</i>	<input type="checkbox"/> SI <input type="checkbox"/> DA	<input type="checkbox"/> NO <input type="checkbox"/> NU	<b>ALTRE</b> <i>ALTE</i> ..... ..... .....		
<b>VACCINAZIONI DI BASE</b> <b>VACCINURI DE BAZĂ</b> ..... ..... .....	<b>TETANO</b> <i>TETANOS</i>			<input type="checkbox"/> SI <input type="checkbox"/> DA	<input type="checkbox"/> NO <input type="checkbox"/> NU
<b>EPATITE B</b> <i>HEPATITA B</i>	<input type="checkbox"/> SI <input type="checkbox"/> DA	<input type="checkbox"/> NO <input type="checkbox"/> NU	<b>ALTRE</b> <i>ALTE</i> ..... ..... .....		

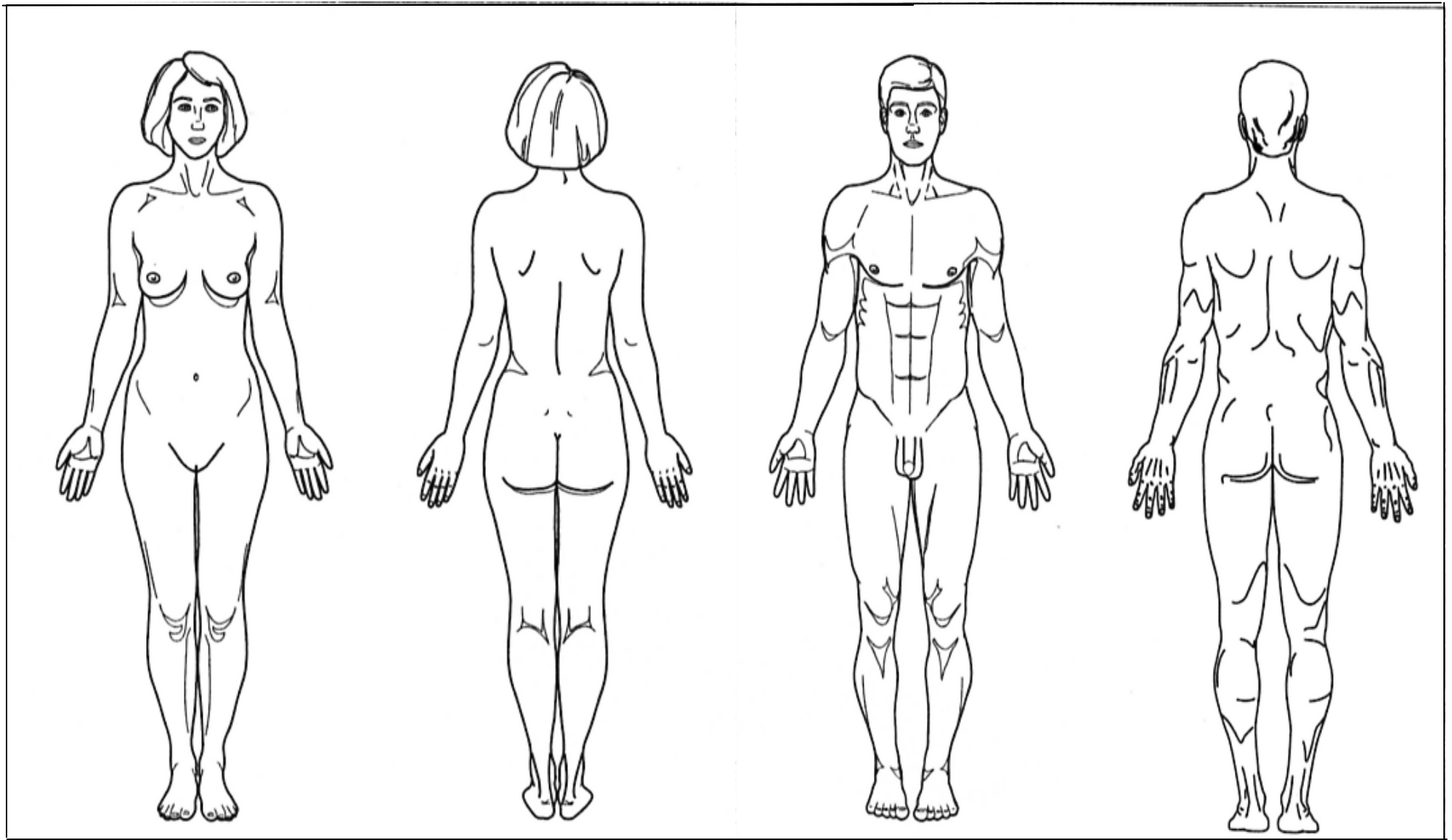
# ASST DI PAVIA

## ACCESSO IN PRONTO SOCCORSO PER MALATTIA

### ACCESUL ÎN URGENȚĂ PENTRU BOALĂ

ITALIANO	ROMÂNĂ
<p>SENTI <b>DOLORE</b> 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>AI DURERA SAUTE DE RANJEAZĂ ALTCEVA?</p> <p><input type="checkbox"/> DA <input type="checkbox"/> NU</p> <p>EXPLICĂ CUM TE SIMȚI</p> <p><input type="checkbox"/> AMEȚIT <input type="checkbox"/> AMEȚELI <input type="checkbox"/> FURNICĂTURI <input type="checkbox"/> SLABIT <input type="checkbox"/> ANSIOS <input type="checkbox"/> GREȚURI <input type="checkbox"/> NICI-UNUL DIN ACESTE SINTOME</p>
<p>IL <b>DOLORE</b> 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>DUREREA E PUTERNICĂ?</p> <p><input type="checkbox"/> NU <input type="checkbox"/> DA, CÎT?</p> <p><input type="checkbox"/> NICI -O DURERE 0 <input type="checkbox"/> DURERE UȘOARĂ 1 <input type="checkbox"/> DURERE MODERATĂ 2 <input type="checkbox"/> DURERE INTENSĂ 3 <input type="checkbox"/> DURERE FOARTE INTENSĂ 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"/> &gt;DI UNA SETTIMANA</p>	<p>DE CÎT TIMP?</p> <p><input type="checkbox"/> DE O ORĂ <input type="checkbox"/> DE O ZI <input type="checkbox"/> DE O SAPTAMÎNA <input type="checkbox"/> &gt;DE O SAPTAMÎNA</p>
<p>QUANTO E' DURATO?</p> <p><input type="checkbox"/> POCHI MINUTI <input type="checkbox"/> UN' ORA <input type="checkbox"/> UN GIORNO</p>	<p>CÎT A DURAT?</p> <p><input type="checkbox"/> CÎTEVA MINUTE <input type="checkbox"/> O ORĂ <input type="checkbox"/> O ZI</p>
<p>E' LA PRIMA VOLTA CHE HAI QUESTO <b>DOLORE</b>?</p> <p><input type="checkbox"/> SI <input type="checkbox"/> NO</p>	<p>E PRIMA DATĂ CÎND AI ACEASTĂ DURERE?</p> <p><input type="checkbox"/> DA <input type="checkbox"/> NU</p>
<p>QUANDO IL <b>DOLORE</b> 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>CÎND A ÎNCEPUT SĂ AI DURERI, CE FĂCEAI ÎN ACEAL MOMENT? (UNA SAU MAI MULTE RĂSPUNSURI)</p> <p><input type="checkbox"/> MĂ ODIHNEAM <input type="checkbox"/> MUNCĂ FIZICĂ <input type="checkbox"/> MÎNCAM <input type="checkbox"/> EREAM EMOȚIONATĂ <input type="checkbox"/> URINAM <input type="checkbox"/> Î- MI FĂCEAM NEVOIA <input type="checkbox"/> VOMITAM <input type="checkbox"/> TUȘEAM</p>

# ASST DI PAVIA



MOSTRAMI DOVE SENTI DOLORE E DOVE SI ESTENDE?

ARATĂMI UNDE SIMȚI DURE RE ȘI PÂNĂ UNDE SE EXTINDE

# ASST DI PAVIA

QUANTO DOLORE SENTI?

CÂT DURERE TE SIMȚI?

1	2	3	4	5	6	7	8	9	10
NIENTE		POCO		ABBASTANZA		FORTE		FORTISSIMO	
<i>NIMIC</i>		<i>PUTIN</i>		<i>ÎNDEAJUNS (MEDIU)</i>		<i>PUTERNICĂ</i>		<i>FOARTE PUTERNIC</i>	

ITALIANO	ROMÂNĂ
HAI FEBBRE? <input type="checkbox"/> SI <input type="checkbox"/> NO	AI FEBRĂ? <input type="checkbox"/> DA <input type="checkbox"/> NU
FAI FATICA A RESPIRARE? <input type="checkbox"/> SI <input type="checkbox"/> NO	TI E GREU SĂ RESPIRI? <input type="checkbox"/> DA <input type="checkbox"/> NU
HAI AVUTO UN PROBLEMA CRONICO RESPIRATORIO? <input type="checkbox"/> SI <input type="checkbox"/> NO	AI AVUT PROBLEMĂ CRONICĂ RESPIRATORIE ? <input type="checkbox"/> DA <input type="checkbox"/> NU
HAI AVUTO TOSSE CON CATARRO? <input type="checkbox"/> SI <input type="checkbox"/> NO	AI AVUT TUSE CU CATAR? <input type="checkbox"/> DA <input type="checkbox"/> NU
TOSSE CON SANGUE ? <input type="checkbox"/> SI <input type="checkbox"/> NO	TUSĂ CU SÎNGE? <input type="checkbox"/> DA <input type="checkbox"/> NU
TI SI GONFIANO I PIEDI? <input type="checkbox"/> SI <input type="checkbox"/> NO	ȚI SE UMFLĂ PICIOARELE? <input type="checkbox"/> DA <input type="checkbox"/> NU
HAI PERSO COSCIENZA? <input type="checkbox"/> SI <input type="checkbox"/> NO	ȚI- AI PIERDUT CUNOȘTIINȚA? <input type="checkbox"/> DA <input type="checkbox"/> NU
INDICA QUALE PARTE DEL CORPO MUOVI MENO	INDICĂ (ARATĂ) CARE PARTE A CORPULUI O MIȘTI MAI PUȚINA
INDICA IN QUALE PARTE HAI MENO SENSIBILITA'	INDICĂ ARATĂ ÎN CARE PARTE DIN CORP AI MAI PUȚINĂ SENSIBILITATE

# ASST DI PAVIA

<p>HAI <b>VERTIGINI</b>?</p> <input type="checkbox"/> SI <input type="checkbox"/> NO	<p>AI AMEȚELI ?</p> <input type="checkbox"/> DA <input type="checkbox"/> NU
<p>HAI <b>DISTURBI UEDITIVI</b>?</p> <input type="checkbox"/> SI <input type="checkbox"/> NO	<p>AI TULBURĂRI DE UDIT (URECHIE)?</p> <input type="checkbox"/> DA <input type="checkbox"/> NU
<p>HAI <b>DISTURBI VISIVI</b>?</p> <input type="checkbox"/> SI <input type="checkbox"/> NO	<p>AI TULBURĂRI DE VEDERE?</p> <input type="checkbox"/> DA <input type="checkbox"/> NU
<p>HAI <b>CEFALEA</b>?</p> <input type="checkbox"/> SI <input type="checkbox"/> NO	<p>AI CEFALÉE (DURERI DE CAP)?</p> <input type="checkbox"/> DA <input type="checkbox"/> NU
<p>HAI AVUTO <b>CONVULSIONI E SPASMI MUSCOLARI</b>?</p> <input type="checkbox"/> SI <input type="checkbox"/> NO	<p>AI AVUT CONVULSII ȘI SPASME MUSCOLARE?</p> <input type="checkbox"/> DA <input type="checkbox"/> NU

ITALIANO	ROMÂNĂ	ITALIANO	ROMÂNĂ
<p>HAI AVUTO <b>VOMITO</b>?</p> <input type="checkbox"/> NO <input type="checkbox"/> SI	<p>AI VOMITAT ?</p> <input type="checkbox"/> NU <input type="checkbox"/> DA	<p>HAI <b>DEFECATO</b> REGOLARMENTE?</p> <input type="checkbox"/> SI <input type="checkbox"/> NO	<p>AI FĂCUT SCAUN-UL REGULAR?</p> <input type="checkbox"/> DA <input type="checkbox"/> NU
<p>1. CIBO                  2. LIQUIDI                  3. SANGUE                  4. BILE</p>	<p>1 ALIMENTE                  2 LICHIDE                  3 SÂNGU                  4 BILE</p>	<p>1 STIPSI                  2 DIARREA</p>	<p>1 CONSTIPAT                  2 DIAREE</p>
<p>HAI AVUTO <b>NAUSEA</b>?</p> <input type="checkbox"/> SI <input type="checkbox"/> NO	<p>AI AVUT GREȚURI?</p> <input type="checkbox"/> DA <input type="checkbox"/> NU	<p>HAI <b>URINATO</b> REGOLARMENTE?</p> <input type="checkbox"/> SI <input type="checkbox"/> NO	<p>AI URINAT REGULAR?</p> <input type="checkbox"/> DA <input type="checkbox"/> NU
		<p>1 CON BRUCIORE                  2 CON DIFFICOLTA'</p>	<p>1 CU DURERE                  2 CU DIFICULTATE</p>



# ASST DI PAVIA

## ACCESSO IN PRONTO SOCCORSO PER TRAUMA

### ACCESUL ÎN URGENTĂ PENTRU TRAUMĂ

ITALIANO	ROMÂNĂ
<p><b>HAI AVUTO UN INCIDENTE STRADALE?</b></p> <p>TI SEI FATTO MALE</p> <ul style="list-style-type: none"> <li><input type="checkbox"/> LITIGANDO</li> <li><input type="checkbox"/> CON UN OGGETTO TAGLIENTE</li> <li><input type="checkbox"/> CON MACCHINARI</li> <li><input type="checkbox"/> CON ARMI DA FUOCO</li> <li><input type="checkbox"/> IN ALTRI MODI</li> </ul>	<p>AI AVUT ACCIDENT DE MAȘINA?</p> <p>TE- AI LOVIT TE-DOARE (CUM):</p> <ul style="list-style-type: none"> <li><input type="checkbox"/> CERTINNDU-TE</li> <li><input type="checkbox"/> CU UN OBIECT CARE TAIE</li> <li><input type="checkbox"/> CU UTILAJE (MAȘINI)</li> <li><input type="checkbox"/> CU ARME DE FOC</li> <li><input type="checkbox"/> ÎN ALTE MOD</li> </ul>
<p>E' STATO UN INFORTUNIO SUL LAVORO ?</p> <p>3 SI</p> <p>4 NO</p>	<p>A FOST UN ACCIDENTAE MUNCA?</p> <ul style="list-style-type: none"> <li><input type="checkbox"/> DA</li> <li><input type="checkbox"/> NU</li> </ul>
<p>INDICA QUALI SONO LE PARTI DEL CORPO CONTUSE. SE HAI ARTICOLAZIONI CON RIDOTTA MOBILITÀ, INDICA QUALI.</p>	<p>ARATĂ CARE SÎNT PĂRȚILE CORP ULUI CONTUZE DACĂ AI ARTICULAȚII CU MOBILITATE, REDUSA ARATĂ CARE</p>
<p><b>HAI RESPIRATO</b></p> <ul style="list-style-type: none"> <li><input type="checkbox"/> FUMI DI COMBUSTIONE?</li> <li><input type="checkbox"/> SOSTANZE CHIMICHE?</li> </ul>	<p><b>AI RESPIRAT</b></p> <ul style="list-style-type: none"> <li><input type="checkbox"/> FUM DE INCENDIU (garze de ardere)</li> <li><input type="checkbox"/> SUBSTANȚE CHIMICE</li> </ul>
<p>HAI SUBITO VIOLENZA SESSUALE?</p>	<p>AI SUFERIT VIOLENȚĂ SEXUALĂ?</p>
<p>HAI AVUTO UNA AGGRESSIONE ?</p>	<p>AI AVUT O AGRESIUNE?</p>
<p>TI SEI USTIONATO?</p> <ul style="list-style-type: none"> <li><input type="checkbox"/> NO</li> <li><input type="checkbox"/> SI</li> </ul> <ul style="list-style-type: none"> <li>• ACIDO</li> <li>• OLIO</li> <li>• FUOCO</li> <li>• ACQUA</li> <li>• VAPORE</li> </ul>	<p>TE-AI ARS?</p> <ul style="list-style-type: none"> <li><input type="checkbox"/> NU</li> <li><input type="checkbox"/> DA</li> </ul> <ul style="list-style-type: none"> <li>• ACID</li> <li>• ULEI</li> <li>• FOC</li> <li>• APĂ</li> <li>• VAPORI</li> </ul>
<p><b>COME TI SENTI?</b></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>• MEGLIO</li> <li>• PEGGIO</li> <li>• COME PRIMA</li> </ul>	<p><b>CUM TE SIMȚI ?</b></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>• MAI BINE</li> <li>• MAI RĂU</li> <li>• CA LA ÎNCEPUT</li> </ul>