

**SCHEDA MULTILINGUE DI ACCOGLIENZA DEI PAZIENTI STRANIERI IN ACCESSO AL PRONTO SOCCORSO OSPEDALIERO****Різномовна анкета прийому пацієнтів іноземців поступивших до лікарняного відділу швидкої допомоги**

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>Шановні пані та панове, в даний момент ви знаходитесь у відділенні швидкої допомоги міста..... Усі послідовні питання звернені до вас з метою кращого обслуговування, тому просимо надати відповідь з максимальною точністю.</i>	
COGNOME, NOME <i>Прізвище, ім'я</i>		LUOGO DI NASCITA, STATO <i>Місце народження, національність</i>	
DATA DI NASCITA <i>Дата народження</i>		DOMICILIO <i>Місце проживання</i>	
DOBBIAMO AVVISARE DEI FAMILIARI? <i>Бажаєте щоб ми повідомили рідних?</i>		<input type="checkbox"/> SI <input type="checkbox"/> так	<input type="checkbox"/> NO <input type="checkbox"/> ні
		GRUPPO SANGUIGNO E FATTORE RH <i>Група крові і показник RH</i>	
ALLERGIE O INCOMPATIBILITÀ (FARMACOLOGICHE) <i>Алергія або несумісність на деякі ліки</i>			
GRAVIDANZA <i>вагітність</i>		<input type="checkbox"/> SI	<input type="checkbox"/> NO
<i>I TRIMESTRE</i>	<i>1ТРИМЕСТР</i>	<input type="checkbox"/> так	<input type="checkbox"/> ні
<i>II TRIMESTRE</i>	<i>2ТРИМЕСТР</i>		
<i>III TRIMESTRE</i>	<i>3ТРИМЕСТР</i>		

ASST DI PAVIA

PREGRESSO INFARTO DEL MIOCARDIO	<input type="checkbox"/>	SI	<input type="checkbox"/>	NO
<i>наявність перенесеного міокардичного іфарту</i>	<input type="checkbox"/>	<i>так</i>	<input type="checkbox"/>	<i>ні</i>
ANGINA PECTORIS	<input type="checkbox"/>	SI	<input type="checkbox"/>	NO
<i>стенокардія</i>	<input type="checkbox"/>	<i>так</i>	<input type="checkbox"/>	<i>ні</i>
IPERTENSIONE	<input type="checkbox"/>	SI	<input type="checkbox"/>	NO
<i>підвищений тиск крові</i>	<input type="checkbox"/>	<i>так</i>	<input type="checkbox"/>	<i>ні</i>
STIMOLATORE CARDIACO	<input type="checkbox"/>	SI	<input type="checkbox"/>	NO
<i>кардіостимулятор</i>	<input type="checkbox"/>	<i>так</i>	<input type="checkbox"/>	<i>ні</i>
ALTRE MALATTIE CARDIOVASCOLARI				
<i>інші сердечно-судинні захворювання</i>				
.....				
DIABETE	<input type="checkbox"/>	SI	<input type="checkbox"/>	NO
<i>діабет</i>	<input type="checkbox"/>	<i>так</i>	<input type="checkbox"/>	<i>ні</i>
DIALISI	<input type="checkbox"/>	SI	<input type="checkbox"/>	NO
<i>діалізі</i>	<input type="checkbox"/>	<i>так</i>	<input type="checkbox"/>	<i>ні</i>
MALATTIE BRONCOPOLMONARI	<input type="checkbox"/>	SI	<input type="checkbox"/>	NO
<i>хвороби бронхопневмонічні</i>	<input type="checkbox"/>	<i>так</i>	<input type="checkbox"/>	<i>ні</i>
MALATTIE INFETTIVE PREGRESSE	<input type="checkbox"/>	SI	<input type="checkbox"/>	NO
<i>перенесені захворювання</i>	<input type="checkbox"/>	<i>так</i>	<input type="checkbox"/>	<i>ні</i>
PRECEDENTI DI ANSIETA E DEPRESSIONE	<input type="checkbox"/>	SI	<input type="checkbox"/>	NO
<i>наявність депресії в минулому</i>	<input type="checkbox"/>	<i>так</i>	<input type="checkbox"/>	<i>ні</i>
MALATTIE NEUROLOGICHE	<input type="checkbox"/>	SI	<input type="checkbox"/>	NO
<i>неврологічні захворювання</i>	<input type="checkbox"/>	<i>так</i>	<input type="checkbox"/>	<i>ні</i>
MALATTIE GASTROINTESTINALI	<input type="checkbox"/>	SI	<input type="checkbox"/>	NO
<i>шлунковокишечні захворювання</i>	<input type="checkbox"/>	<i>так</i>	<input type="checkbox"/>	<i>ні</i>
MALATTIE CUTANEE	<input type="checkbox"/>	SI	<input type="checkbox"/>	NO
<i>шкірянні захворювання</i>	<input type="checkbox"/>	<i>так</i>	<input type="checkbox"/>	<i>ні</i>
RICOVERI OSPEDALIERI	<input type="checkbox"/>	SI	<input type="checkbox"/>	NO
<i>наявність інших перебувань в лікарні</i>	<input type="checkbox"/>	<i>так</i>	<input type="checkbox"/>	<i>ні</i>

ASST DI PAVIA

ORGANO TRAPIANTATO

пересаджений орган

.....

TERAPIA IN ATTO

наявність терапії

.....

.....

NOME DEI FARMACI

назва ліків

.....

.....

DATE DI ASSUNZIONE

розклад приймання

.....

ASST DI PAVIA

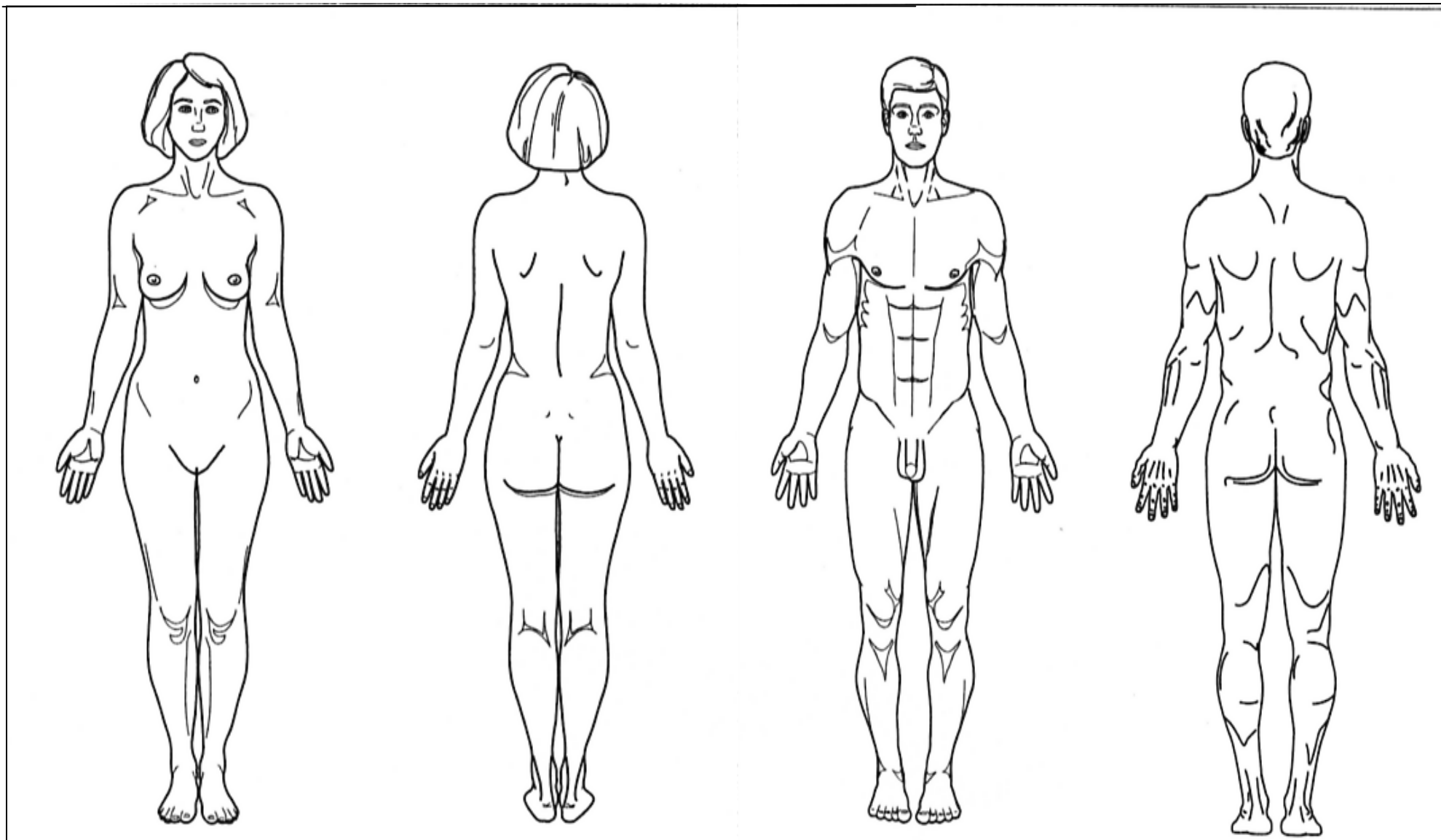
ANTICOAGULANTI <i>протикоагулюючі засоби</i>	<input type="checkbox"/>	SI	<input type="checkbox"/>	NO		ANTIDIABETICI <i>засоби антидіабетні</i>	<input type="checkbox"/>	SI	<input type="checkbox"/>	NO	
<input type="checkbox"/> так <input type="checkbox"/> ні						<input type="checkbox"/> та <input type="checkbox"/> ні					
ANTIANGINOSI <i>засоби проти стенокардії</i>	<input type="checkbox"/>	SI	<input type="checkbox"/>	NO		ANTIARITMICI <i>засоби антиаритмії</i>	<input type="checkbox"/>	SI	<input type="checkbox"/>	NO	
<input type="checkbox"/> так <input type="checkbox"/> ні						<input type="checkbox"/> та <input type="checkbox"/> ні					
ANTI-IPERTENSIVI <i>проти підвищеного кров'яного тиску</i>	<input type="checkbox"/>	SI	<input type="checkbox"/>	NO		ANTICONVULSIVI <i>протисудоргові</i>	<input type="checkbox"/>	SI	<input type="checkbox"/>	NO	
<input type="checkbox"/> так <input type="checkbox"/> ні						<input type="checkbox"/> та <input type="checkbox"/> ні					
SALICILATI <i>саліцилові</i>	<input type="checkbox"/>	SI	<input type="checkbox"/>	NO		ANTISTAMINICI <i>антиалергічні</i>	<input type="checkbox"/>	SI	<input type="checkbox"/>	NO	
<input type="checkbox"/> так <input type="checkbox"/> ні						<input type="checkbox"/> та <input type="checkbox"/> ні					
IMMUNODEPRESSIVI <i>імуннодепресивні</i>	<input type="checkbox"/>	SI	<input type="checkbox"/>	NO		ALTRE <i>інші.....</i>				
<input type="checkbox"/> так <input type="checkbox"/> ні											
VACCINAZIONI DI BASE <i>прививки базові</i>					TETANO <i>стобняк</i>	<input type="checkbox"/>	SI	<input type="checkbox"/>	NO	
						<input type="checkbox"/> та <input type="checkbox"/> ні					
EPATITE B <i>Боткіна</i>	<input type="checkbox"/>	SI	<input type="checkbox"/>	NO		ALTRE <i>інші</i>				
<input type="checkbox"/> так <input type="checkbox"/> ні											

ASST DI PAVIA

ACCESSO IN PRONTO SOCCORSO PER MALATTIA
Поступ до швидкої допомоги з причини захворювання

ITALIANO	UKRAINO
<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><i>Відчуваєш біль чи інші хвилювання?</i></p> <p><input type="checkbox"/> так <input type="checkbox"/> ні</p> <p><i>Поясни як ти себе почуваєш:</i></p> <p><input type="checkbox"/> потрясено <input type="checkbox"/> головокружіння <input type="checkbox"/> оніміння, де саме його відчуваєш? <input type="checkbox"/> слабкість <input type="checkbox"/> нервово, тривожно <input type="checkbox"/> схильність до вимітання <input type="checkbox"/> ніякий з цих симптомів</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><i>Чи сильним є біль?</i></p> <p><input type="checkbox"/> ні <input type="checkbox"/> так, наскільки?</p> <p><input type="checkbox"/> ніякого болю 0 <input type="checkbox"/> легкий біль 1 <input type="checkbox"/> помірний біль 2 <input type="checkbox"/> сильний біль 3 <input type="checkbox"/> дуже сильний біль 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><i>Відколи почався біль?</i></p> <p><input type="checkbox"/> приблизно годину назад <input type="checkbox"/> приблизно день назад <input type="checkbox"/> приблизно тиждень назад <input type="checkbox"/> >один тиждень назад</p>
<p>QUANTO E' DURATO?</p> <p><input type="checkbox"/> POCHI MINUTI <input type="checkbox"/> UN' ORA <input type="checkbox"/> UN GIORNO</p>	<p><i>Який час тривав?</i></p> <p><input type="checkbox"/> пару хвилин <input type="checkbox"/> годину <input type="checkbox"/> один день</p>
<p>E' LA PRIMA VOLTA CHE HAI QUESTO DOLORE?</p> <p><input type="checkbox"/> SI <input type="checkbox"/> NO</p>	<p><i>Це вперше, що відчуваєш такий біль?</i></p> <p><input type="checkbox"/> так <input type="checkbox"/> ні</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><i>Коли почався біль, чим ти займався на той момент? (одна або більше відповідей)</i></p> <p><input type="checkbox"/> відпочивав <input type="checkbox"/> працював фізично <input type="checkbox"/> їв <input type="checkbox"/> був під враженням <input type="checkbox"/> пісяв <input type="checkbox"/> какав <input type="checkbox"/> вимітав <input type="checkbox"/> кашляв</p>

ASST DI PAVIA




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

ПОКАЖИ ДЕ ТИ ВІДЧУВАЄШ БІЛЬ І КУДИ ВІН РОЗЛЯГАЄТЬСЯ?

ASST DI PAVIA

QUANTO DOLORE SENTI?
ЯК СИЛЬНО ВІДЧУВАЄШ БІЛЬ?

									
1	2	3	4	5	6	7	8	9	10
NIENTE		POCO		ABBASTANZA		FORTE		FORTISSIMO	
НЕ ВІДЧУВАЮ		НЕ СИЛЬНО		ДОСИТЬ СИЛЬНО		СИЛЬНО		ДУЖЕ СИЛЬНО	

ITALIANO	UKRAINO
HAI FEBBRE ? <input type="checkbox"/> SI <input type="checkbox"/> NO	<i>Маєш температуру?</i> <input type="checkbox"/> так <input type="checkbox"/> ні
FAI FATICA A RESPIRARE ? <input type="checkbox"/> SI <input type="checkbox"/> NO	<i>Важко дихаєш?</i> <input type="checkbox"/> так <input type="checkbox"/> ні
HAI AVUTO UN PROBLEMA CRONICO RESPIRATORIO ? <input type="checkbox"/> SI <input type="checkbox"/> NO	<i>Чи мав ти хронічну проблему дихання?</i> <input type="checkbox"/> так <input type="checkbox"/> ні
HAI AVUTO TOSSE CON CATARRO ? <input type="checkbox"/> SI <input type="checkbox"/> NO	<i>Чи мав мокрий кашель?</i> <input type="checkbox"/> так <input type="checkbox"/> ні
TOSSE CON SANGUE ? <input type="checkbox"/> SI <input type="checkbox"/> NO	<i>Кашель з кровю?</i> <input type="checkbox"/> так <input type="checkbox"/> ні
TI SI GONFIANO I PIEDI ? <input type="checkbox"/> SI <input type="checkbox"/> NO	<i>Напухають тобі ноги?</i> <input type="checkbox"/> так <input type="checkbox"/> ні
HAI PERSO COSCIENZA ? <input type="checkbox"/> SI <input type="checkbox"/> NO	<i>Втрачував свідомість?</i> <input type="checkbox"/> так <input type="checkbox"/> ні

ASST DI PAVIA

INDICA QUALE PARTE DEL CORPO MUOVI MENO	<i>Вкажи якою частиною тіла тобі важче рухати?</i>
INDICA IN QUALE PARTE HAI MENO SENSIBILITA'	<i>Вкажи яка частина є менш чутливою?.</i>
HAI VERTIGINI ? <input type="checkbox"/> SI <input type="checkbox"/> NO	<i>Маєш головокружіння?</i> <input type="checkbox"/> так <input type="checkbox"/> ні
HAI DISTURBI UDITIVI ? <input type="checkbox"/> SI <input type="checkbox"/> NO	<i>Нотуєш порушення слуху?</i> <input type="checkbox"/> так <input type="checkbox"/> ні
HAI DISTURBI VISIVI ? <input type="checkbox"/> SI <input type="checkbox"/> NO	<i>Нотуєш порушення зору?</i> <input type="checkbox"/> так <input type="checkbox"/> ні
HAI CEFALEA ? <input type="checkbox"/> SI <input type="checkbox"/> NO	<i>Маєш головну біль?</i> <input type="checkbox"/> так <input type="checkbox"/> ні
HAI AVUTO CONVULSIONI E SPASMI MUSCOLARI ? <input type="checkbox"/> SI <input type="checkbox"/> NO	<i>Чи мав ти судороги або спазми м'язів?</i> <input type="checkbox"/> так <input type="checkbox"/> ні

ITALIANO	UKRAINO
HAI AVUTO VOMITO ? <input type="checkbox"/> NO <input type="checkbox"/> SI 1. CIBO 2. LIQUIDI 3. SANGUE 4. BILE	<i>Чи вимітав ти?</i> <input type="checkbox"/> так <input type="checkbox"/> ні 1. їжу 2. рідину 3. кров 4. жовч
HAI AVUTO NAUSEA ? <input type="checkbox"/> SI <input type="checkbox"/> NO	<i>Чи мав тишноту?</i> <input type="checkbox"/> так <input type="checkbox"/> ні
HAI DEFECATO REGOLARMENTE? <input type="checkbox"/> SI <input type="checkbox"/> NO <input type="checkbox"/> STIPSI <input type="checkbox"/> DIARREA	<i>Чи випорожнювався регулярно?</i> <input type="checkbox"/> так <input type="checkbox"/> ні <input type="checkbox"/> запор <input type="checkbox"/> понос
HAI URINATO REGOLARMENTE? <input type="checkbox"/> SI <input type="checkbox"/> NO <input type="checkbox"/> CON BRUCIORE <input type="checkbox"/> CON DIFFICOLTA'	<i>Чи мочився регулярно?</i> <input type="checkbox"/> так <input type="checkbox"/> ні <input type="checkbox"/> з відчуттям різання <input type="checkbox"/> з трудностю

ASST DI PAVIA

ACCESSO IN PRONTO SOCCORSO PER TRAUMA

Поступ до швидкої допомоги з причини травми

ITALIANO	UKRAINO
<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><i>Ти є потерпівшим дорожньої аварії?</i></p> <p><i>Ти поранився</i></p> <ul style="list-style-type: none"> <input type="checkbox"/> сварючись <input type="checkbox"/> якимось гострим предметом <input type="checkbox"/> машинерією <input type="checkbox"/> зброєю <input type="checkbox"/> в інший спосіб
<p>E' STATO UN INFORTUNIO SUL LAVORO ?</p> <ul style="list-style-type: none"> <input type="checkbox"/> SI <input type="checkbox"/> NO 	<p><i>Це стався нещасний випадок на роботі?</i></p> <ul style="list-style-type: none"> <input type="checkbox"/> так <input type="checkbox"/> ні
<p>INDICA QUALI SONO LE PARTI DEL CORPO CONTUSE. SE HAI ARTICOLAZIONI CON RIDOTTA MOBILITÀ, INDICA QUALI.</p>	<p><i>Вкажи які частини тіла є пошкодженими? Якщо деякі суглобиважско рухати, вкажи які.</i></p>
<p>HAI RESPIRATO</p> <ul style="list-style-type: none"> <input type="checkbox"/> FUMI DI COMBUSTIONE? <input type="checkbox"/> SOSTANZE CHIMICHE? 	<p>Вдихав</p> <ul style="list-style-type: none"> <input type="checkbox"/> дим пожежі <input type="checkbox"/> хімічні речовини
<p>HAI SUBITO VIOLENZA SESSUALE?</p>	<p><i>Ти стався жертвою сексуального насильства?</i></p>
<p>HAI AVUTO UNA AGGRESSIONE ?</p>	<p><i>Ти стався жертвою нападу?</i></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>Ти попівся?</p> <ul style="list-style-type: none"> <input type="checkbox"/> ні <input type="checkbox"/> так <ul style="list-style-type: none"> • кислотою • олієм • вогнем • водою • парою
<p>COME TI SENTI?</p> <ul style="list-style-type: none"> • MEGLIO • PEGGIO • COME PRIMA 	<p>Як ти себе почуваєш?</p> <ul style="list-style-type: none"> • краще • гірше • як раніше