



ALBANESE

SHQIPTAR

Scheda multilingue
per le pazienti straniere

Skede ne shume gjuhe per pacientet e huaj

Gentile signora, in questo momento lei si trova nel reparto di ostetricia e ginecologia queste domande le sono rivolte per prestarle una migliore assistenza, la preghiamo di rispondere con la massima precisione. E nderuar zonejene kete moment ju gjndeni ne repartin e obstetrikes dhe gjinekologjise. Pyetjet e meposhtme ju behen per tju dhene nje ndihme te mire, ju lutemi qe te jepni pergjigje sa me te sakta.

Nome/emër	
Cognome/mbiemër	
Data di nascita/Data e lindjes	
Luogo di nascita/Vendi i lindjes	

DONNA IN GRAVIDANZA

FEMER NE SHTATEZANI

GRAVIDANZE PRECEDENTI	SHTATEZANI TE MEPARSHME
<input type="checkbox"/> sì <input type="checkbox"/> no	<input type="checkbox"/> po <input type="checkbox"/> jo
quante?...n°.....	sa shtatezani te meparshme keni pasur?
di ognuna indicare: <input type="checkbox"/> aborto spontaneo <input type="checkbox"/> interruzione di gravidanza <input type="checkbox"/> gravidanza normale <input type="checkbox"/> con patologie <input type="checkbox"/> parto naturale <input type="checkbox"/> taglio cesareo	per seilen trego: <input type="checkbox"/> abort spontan <input type="checkbox"/> nderprer je shtatezanie <input type="checkbox"/> shtatezani normale <input type="checkbox"/> shatezani me patologji (semundje) <input type="checkbox"/> lindje natyrale <input type="checkbox"/> lindje me cezareo
anno di nascita del bambino.....	viti i lindjes se femijes
peso alla nascita del bambino.....	pesha e femijes kur lindi
condizioni del bambino dopo la nascita 1. _____ 2. _____ 3. _____ 4. _____	gjendja e femijes pas lindjes 1. _____ 2. _____ 3. _____ 4. _____
GRAVIDANZA ATTUALE	SHTATEZANIA AKTUALE
ultima mestruazione _____	mestruacionet e fundit _____
e' necessario visionare gli esami eseguiti	eshte e nevo jshme te shohim analizat qe keni bere
e' necessario conoscere la terapia in corso	eshte e nevo jshme te njohim ilacet qe merrni
se non ha effettuato esami: PERCHÉ?	ne qofte se nuk keni bere analizat: PSE ?
ha mai avuto problemi in questa gravidanza? <input type="checkbox"/> SI <input type="checkbox"/> NO	keni pasur probleme gjate kesaj shtatezanie? <input type="checkbox"/> PO <input type="checkbox"/> JO
<input type="checkbox"/> minaccia di aborto	<input type="checkbox"/> rrezik aborti
<input type="checkbox"/> parto prematuro	<input type="checkbox"/> lindje para kohe
<input type="checkbox"/> diabete	<input type="checkbox"/> diabet
<input type="checkbox"/> pressione alta	<input type="checkbox"/> tensionin e larte
<input type="checkbox"/> altro	<input type="checkbox"/> probleme te tjera

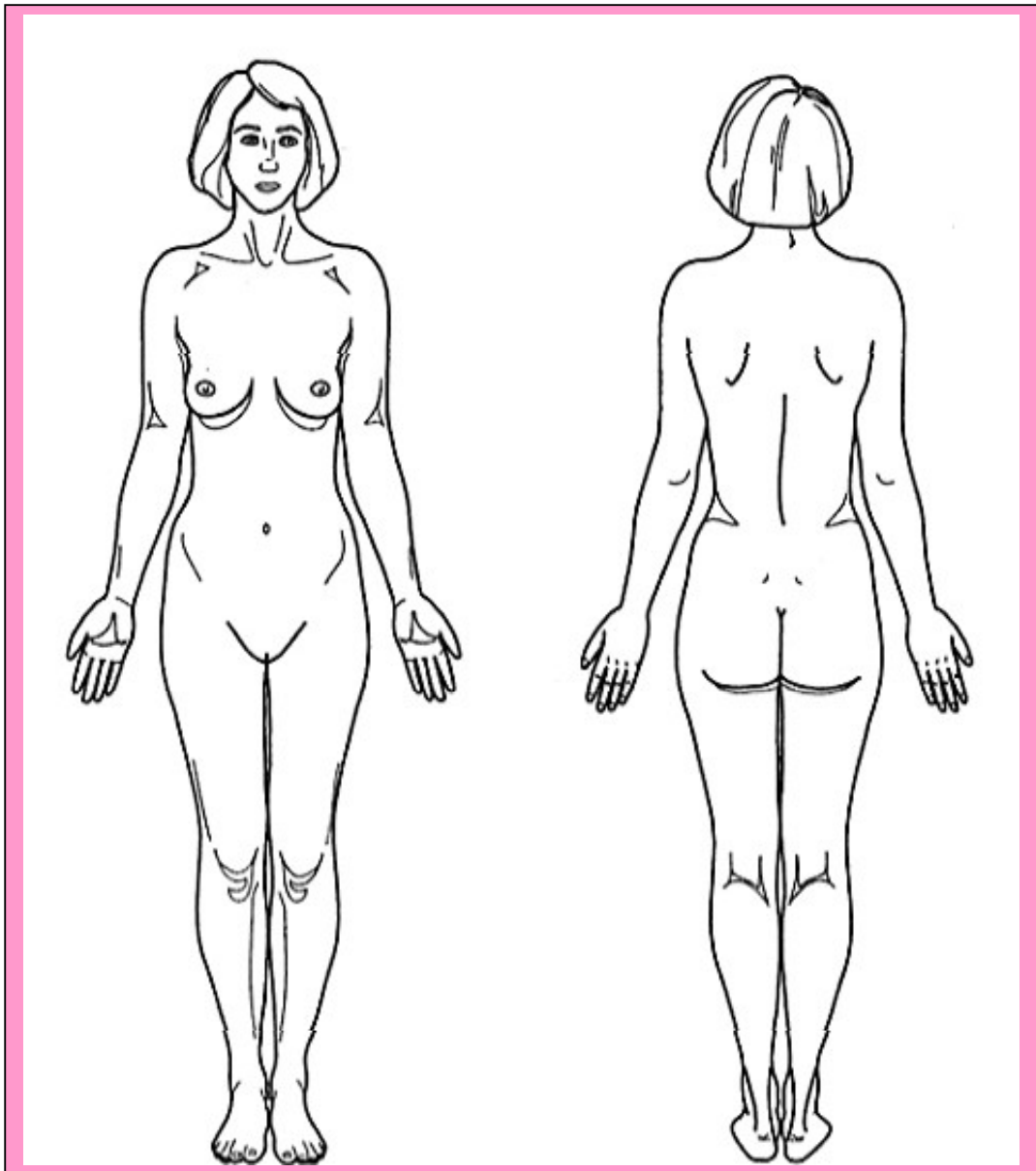
e' mai stata ricoverata in questa gravidanza <input type="checkbox"/> SI <input type="checkbox"/> NO se si dovremmo vedere la lettera di dimissione	Gjate kesaj shtatezanie jeni shtruar ndonje here ne spital ? <input type="checkbox"/> PO <input type="checkbox"/> JO ne qofte se jeni shtruar ne spital duhet shohim letren qe ju kane dhene kur dolet nga spitali
chi la segue in gravidanza?	kush ju ndjek gjate shtatezanie? KUSH?
peso iniziale peso attuale _____ kg _____ kg	pesha ne fillim pesha aktuale _____ kg _____ kg
PROBLEMI GINECOLOGICI	PROBLEME GJINEKOLOGJIKE
<input type="checkbox"/> pregressi interventi ginecologici ed indicazioni	<input type="checkbox"/> keni bere ne te kaluaren operacione gjinekologjike dhe indikacionet qe ju kane dhene
<input type="checkbox"/> pregresse vaginiti recidivanti	<input type="checkbox"/> Ne te kaluaren keni pasur infeksione te aparatit urinar
data ultimo PAP-test: eseguito:.....	data e E PAP-TESTIT te fundit qe keni bere:
risposta: <input type="checkbox"/> normale <input type="checkbox"/> alterato	pergjigja: <input type="checkbox"/> normale <input type="checkbox"/> alteruarar (indryshuar)
è possibile visionare il PAP-test	Eeshte e mundur te shikojme pap testin

TENSION I LARTE (IPERTENSIONE)	<input type="checkbox"/> po (si)	<input type="checkbox"/> jo (no)
SEMUNDJE TE TJERA TE APARATIT KARDIOVASKULAR (altre malattie cardiovascolari)	
DIABET (diabete)	<input type="checkbox"/> po (si)	<input type="checkbox"/> jo (no)
SEMUNDJE TE MUSHKERIVE (malattie broncopolmonari)	<input type="checkbox"/> po (si)	<input type="checkbox"/> jo (no)
SEMUNDJE INFEKTIVE NE TE KALUAREN (malattie infettive pregresse)	<input type="checkbox"/> po (si)	<input type="checkbox"/> jo (no)
KENI PASUR NE TE KALUAREN HISTORI ANKTHI APO DEPRESIONI (precedenti di ansietà e depressione)	<input type="checkbox"/> po (si)	<input type="checkbox"/> jo (no)
SEMUNDJE GASTOINTESINALE (malattie gastrointestinali)	<input type="checkbox"/> po (si)	<input type="checkbox"/> jo (no)
DERMATIT (PEZMATIM TE LEMURE; SEMUNDJE TE LEMURE) (dermatiti)	<input type="checkbox"/> po (si)	<input type="checkbox"/> jo (no)
SEMUNDJE(PATOLOGJI) TE TIROIDES <input type="checkbox"/> IPOTIROIDIZEM (ipotiroidismo) (patologie tiroidee) <input type="checkbox"/> IPERTIROIDIZEM (ipertiroidismo)	<input type="checkbox"/> po (si)	<input type="checkbox"/> jo (no)
SEMUNDJE TE TJERA (ALTRE MALATTIE) SPECIFIKO (SPECIFICARE) _____	<input type="checkbox"/> po (si)	<input type="checkbox"/> jo (no)
OPERAZIONE KIRURGJIKE NE TE KALUAREN (pregressi interventi chirurgici) SPECIFIKO (specificare) _____	<input type="checkbox"/> po (si)	<input type="checkbox"/> jo (no)
ALERGJI (allergie) SPECIFIKO (specificare) _____	<input type="checkbox"/> po (si)	<input type="checkbox"/> jo (no)
JENI SHTRUAR NE SPITAL (ricoveri ospedalieri)	<input type="checkbox"/> po (si)	<input type="checkbox"/> jo (no)

MERRNI ILACE? (assume farmaci ?)

PROGESTERON (progesterone) <input type="checkbox"/> po (si) <input type="checkbox"/> jo (no)	AID FOLIK (acido folico) <input type="checkbox"/> po (si) <input type="checkbox"/> jo (no)
RELAKSUES MUSKUJSH (miolene/vasosuprine) <input type="checkbox"/> po (si) <input type="checkbox"/> jo (no)	MULTIVITAMINA (multivitaminici) <input type="checkbox"/> po (si) <input type="checkbox"/> jo (no)
ANTI-HIPERTENSIVI (antipertensivi) <input type="checkbox"/> po (si) <input type="checkbox"/> jo (no)	HEKUR (ferro) <input type="checkbox"/> po (si) <input type="checkbox"/> jo (no)
ULËT HEPARIN PESHË MOLEKULARE EBPM (eparina a basso peso molecolare) <input type="checkbox"/> po (si) <input type="checkbox"/> jo (no)	PARACATEMOL (tachipirina) <input type="checkbox"/> po (si) <input type="checkbox"/> jo (no)
ANTIBIOTIK (antibiotici) <input type="checkbox"/> po (si) <input type="checkbox"/> jo (no)	SPECIFIKO (specificare)
VAKSINA GJATE SHATEZANISE (vaccinazioni in gravidanza) 	ILACE TE TJERA (altri farmaci)

ITALIANO	SHQIPTAR
SENTI DOLORE? <input type="checkbox"/> SI <input type="checkbox"/> NO SPIEGA COME TI SENTI: <input type="checkbox"/> DEBOLE <input type="checkbox"/> ANSIOSA <input type="checkbox"/> NAUSEATA <input type="checkbox"/> NESSUNO DI QUESTI SINTOMI	NDJEN DHIMBJE? <input type="checkbox"/> PO <input type="checkbox"/> JO SHPJEGO SI NDJEHESH: <input type="checkbox"/> E DOBET(ME PAK FORCA) <input type="checkbox"/> NE ANKTH <input type="checkbox"/> TE VJEN PER TE VJELLE <input type="checkbox"/> ASNJE NGA KETO SIMPTOMAT
IL DOLORE E' FORTE? <input type="checkbox"/> NO <input type="checkbox"/> SI,QUANTO? ESPRIMI IN SCALA DA 1 A 10 DOVE 1 E' IL MINIMO E 10 IL MASSIMO 1.....2.....3.....4.....5.....6.....7.....8.....9.....10 COME E' IL DOLORE? <input type="checkbox"/> CONTINUO <input type="checkbox"/> INTERMITTENTE	IMBJA ESHTË E FORTE? <input type="checkbox"/> JO <input type="checkbox"/> PO, SI? SHPREHE DHIMBJEN NE SHKALLEN NGA 1 DERI NE 10 KU 1 ESHTË MINIMUMI DHE 10 ESHTË MAKSIMUMI 1 2 3 4 5 6 7 8 9 10 SI ESHTË DHIMBJA? <input type="checkbox"/> E VAZHDUESHME <input type="checkbox"/> ME NDERPRERJE
DA QUANTO TEMPO È PRESENTE? <input type="checkbox"/> DA UN' ORA <input type="checkbox"/> N° ORE <input type="checkbox"/> DA UN GIORNO <input type="checkbox"/> DA UNA SETTIMANA	SA KOHE KA QE ESHTË PRESENTE DHIMBJA? <input type="checkbox"/> NGA NJE ORE <input type="checkbox"/> NGA..... SA ORE <input type="checkbox"/> NGA NJE DITE <input type="checkbox"/> NGA NJE JAVE
QUANTO DURA?..... OGNI QUANTO TEMPO VIENE?.....	SA ZGJAT?..... SA HERE E NDJENI DHIMBJEN?.....
E' LA PRIMA VOLTA CHE HAI QUESTO DOLORE? <input type="checkbox"/> SI <input type="checkbox"/> NO	ESHTË HERA E PARE QE KE KETE DHIMBJEN? <input type="checkbox"/> PO <input type="checkbox"/> JO
QUANDO IL DOLORE E' COMINCIATO, COSA STAVI FACENDO? (UNA O PIU' RISPOSTE) <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 <input type="checkbox"/> AVEVO AVUTO UN RAPPORTO SESSUALE	KUR FILLOI DHIMBJA,CFARE PO BEJE?(NJE OSE ME SHUME PERGJIGJE) <input type="checkbox"/> PO SHPLODHESHE <input type="checkbox"/> PO BEJE PUNE FIZIKE <input type="checkbox"/> USHKIM <input type="checkbox"/> ISHE E EMOCIONUAR <input type="checkbox"/> PO URINOJE <input type="checkbox"/> DIARRE <input type="checkbox"/> PO VILLJA <input type="checkbox"/> PO KOLLITSHA <input type="checkbox"/> KISHA KRYER NJE RAPORT SEKSUAL
ASSOCIATE CI SONO PERDITE DI SANGUE? <input type="checkbox"/> SI <input type="checkbox"/> NO <input type="checkbox"/> ROSSO VIVO <input type="checkbox"/> ROSSO SCURO <input type="checkbox"/> MARRONI <input type="checkbox"/> SCARSE <input type="checkbox"/> COME UNA MESTRUAZIONE <input type="checkbox"/> PIÙ DI UNA MESTRUAZIONE SONO COMPARSE COL DOLORE? <input type="checkbox"/> SÌ <input type="checkbox"/> NO DA QUANTO TEMPO LE HA? (ORE/GIORNI/SETTIMANE)	KENI PASUR EDHE HUMBJE GJAKU? <input type="checkbox"/> PO <input type="checkbox"/> JO <input type="checkbox"/> I KUQ I NDRITSEM <input type="checkbox"/> I KUQ I ERRET <input type="checkbox"/> NGJYRE <input type="checkbox"/> KAFE <input type="checkbox"/> ME PAK SE TEK MESTRUAZIONET <input type="checkbox"/> ME SHUME SE TEK MESTRUAZIONET SHFAQ ME DHIMBJE? <input type="checkbox"/> PO <input type="checkbox"/> JO PREJ SA KOHESH I KENI? (ORE/DITE/JAVE).....
ASSOCIATE CI SONO PERDITE DI LIQUIDO? <input type="checkbox"/> TRASPARENTE <input type="checkbox"/> GIALLO <input type="checkbox"/> MARRONCINO <input type="checkbox"/> VERDE <input type="checkbox"/> INODORE <input type="checkbox"/> PUZZOLENTE <input type="checkbox"/> SCARSE <input type="checkbox"/> ABBONDANTI SONO COMPARSE COL DOLORE? <input type="checkbox"/> SÌ <input type="checkbox"/> NO DA QUANTO TEMPO LE HAI? (ORE/GIORNI/SETTIMANE)	KENI PASUR HUMBJE TE LENGSHME? <input type="checkbox"/> TRASPARENT <input type="checkbox"/> TE VERDH <input type="checkbox"/> TE KEFERREMTE <input type="checkbox"/> JESHILE <input type="checkbox"/> PA ERE <input type="checkbox"/> ME ERE TE KEQE <input type="checkbox"/> TE PAKTA <input type="checkbox"/> TE BOLLSHME U SHFAQEN BASHKE ME DHIMBJEN? <input type="checkbox"/> PO <input type="checkbox"/> JO PREJ SA KOHESH I KENI? (ORE/DITE/JAVE).....



MOSTRAMI DOVE SENTI DOLORE E DOVE SI ESTENDE.
Utilizza il disegno o fammi vedere sul tuo corpo.

TREGOME KU E NDJEN DHIMBJEN DHE KU PERHAPET.
Perdor vizatimin ose me trego tek trupi jot ku e ndjen dhimbjen.

SIMPTOMA TE TJERA (ALTRI SINTOMI):

ITALIANO	SHQIPTAR
<p>HAI FEBBRE?</p> <p><input type="checkbox"/> SI</p> <p><input type="checkbox"/> NO</p> <p>FAI FATICA A RESPIRARE?</p> <p><input type="checkbox"/> SI</p> <p><input type="checkbox"/> NO</p> <p>HAI AVUTO TOSSE CON CATARRO?</p> <p><input type="checkbox"/> SI</p> <p><input type="checkbox"/> NO</p> <p>TI SI GONFIANO I PIEDI O LE MANI?</p> <p><input type="checkbox"/> SI</p> <p><input type="checkbox"/> NO</p> <p>HAI VERTIGINI?</p> <p><input type="checkbox"/> SI</p> <p><input type="checkbox"/> NO</p>	<p>KE TEMPERATURE?</p> <p><input type="checkbox"/> PO</p> <p><input type="checkbox"/> JO</p> <p>KE VESHTIRESI TE MARRESH FRYME?</p> <p><input type="checkbox"/> PO</p> <p><input type="checkbox"/> JO</p> <p>KE PASUR KOLLE ME GELBAZE?</p> <p><input type="checkbox"/> PO</p> <p><input type="checkbox"/> JO</p> <p>TE FRYHEN KEMBET APO DUART?</p> <p><input type="checkbox"/> PO</p> <p><input type="checkbox"/> JO</p> <p>TE MERREN MENDTE?</p> <p><input type="checkbox"/> PO</p> <p><input type="checkbox"/> JO</p>
<p>HAI DISTURBI UEDITIVI?</p> <p><input type="checkbox"/> SÌ</p> <p><input type="checkbox"/> NO</p>	<p>KE PROBLEME ME DEGJIMIN?</p> <p><input type="checkbox"/> PO</p> <p><input type="checkbox"/> JO</p>
<p>HAI DISTURBI VISIVI?</p> <p><input type="checkbox"/> SI</p> <p><input type="checkbox"/> NO</p>	<p>KE PROBLEME ME SHIKIMIN?</p> <p><input type="checkbox"/> PO</p> <p><input type="checkbox"/> JO</p>
<p>HAI CEFALEA?</p> <p><input type="checkbox"/> SÌ</p> <p><input type="checkbox"/> NO</p>	<p>KE DHIMBJE KOKE?</p> <p><input type="checkbox"/> PO</p> <p><input type="checkbox"/> JO</p>
<p>HAI AVUTO VOMITO?</p> <p><input type="checkbox"/> NO</p> <p><input type="checkbox"/> SÌ</p> <p><input type="checkbox"/> CIBO</p> <p><input type="checkbox"/> LIQUIDI</p> <p><input type="checkbox"/> SANGUE</p> <p><input type="checkbox"/> BILE</p>	<p>KE VJELLE?</p> <p><input type="checkbox"/> JO</p> <p><input type="checkbox"/> PO</p> <p><input type="checkbox"/> CFARE KE NGRENE</p> <p><input type="checkbox"/> UJRA</p> <p><input type="checkbox"/> GJAK</p> <p><input type="checkbox"/> BILIARE</p>
<p>HAI AVUTO NAUSEA?</p> <p><input type="checkbox"/> SI</p> <p><input type="checkbox"/> NO</p>	<p>TE VINTE PER TE VJELLE?</p> <p><input type="checkbox"/> PO</p> <p><input type="checkbox"/> JO</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>KE DALE JAShte RREGULLISHT?</p> <p><input type="checkbox"/> PO</p> <p><input type="checkbox"/> JO</p> <p><input type="checkbox"/> KAPSLEK</p> <p><input type="checkbox"/> DIARRE</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>KE URINUAR RREGULLISHT?</p> <p><input type="checkbox"/> PO</p> <p><input type="checkbox"/> JO</p> <p><input type="checkbox"/> ME DJENGIE</p> <p><input type="checkbox"/> ME VESHTIRESI</p>

PRANIMI NE URGJENEN MJEKESORE PER TRAUMA GJATE SHTATEZANISE
ACCESSO IN PRONTO SOCCORSO PER TRAUMA IN GRAVIDANZA

ITALIANO	SHQIPTAR
<p>HAI AVUTO UN INCIDENTE STRADALE? <input type="checkbox"/> SI <input type="checkbox"/> NO</p> <p>STAVI GUIDANDO TU? <input type="checkbox"/> SI <input type="checkbox"/> NO</p> <p>DOVE HAI RICEVUTO IL TRAUMA? UTILIZZA L'IMMAGINE PRECEDENTE PER INDICARNE IL PUNTO.</p> <p>INDICA QUALI SONO LE PARTI DEL CORPO CONTUSE. SE HAI ARTICOLAZIONI CON RIDOTTA MOBILITÀ, INDICA QUALI.</p> <p>HAI SUBITO VIOLENZA SESSUALE? <input type="checkbox"/> SI <input type="checkbox"/> NO</p> <p>HAI AVUTO UNA AGGRESSIONE ? <input type="checkbox"/> SI <input type="checkbox"/> NO</p> <p>COME TI SENTI? <input type="checkbox"/> MEGLIO <input type="checkbox"/> PEGGIO <input type="checkbox"/> COME PRIMA</p> <p>ADESSO EFFETTUEREMO ALCUNI ACCERTAMENTI: <input type="checkbox"/> VISITA OSTETRICA VAGINALE <input type="checkbox"/> ECOGRAFIA <input type="checkbox"/> CARDIOTOCOGRAFIA <input type="checkbox"/> PRELIEVO DI SANGUE</p> <p>TI PROPONIAMO: <input type="checkbox"/> DI RICOVERARTI IN OSSERVAZIONE <input type="checkbox"/> DI RICOVERARTI PER COMPLETARE GLI ACCERTAMENTI <input type="checkbox"/> DI RICOVERARTI PER EFFETTUARE LA TERAPIA NECESSARIO <input type="checkbox"/> DI RIMANDARTI A CASA CON ALCUNE INDICAZIONI <input type="checkbox"/> DI TRASFERIRTI PRESSO UN OSPEDALE PIÙ ADATTO A RISOLVERE IL PROBLEMA CHE SI È PRESENTATO.</p>	<p>KE PASUR NJE AKSIDENT RRUGOR? <input type="checkbox"/> PO <input type="checkbox"/> JO</p> <p>PO I JEPJE TI MAKINES? <input type="checkbox"/> PO <input type="checkbox"/> JO</p> <p>KU E PESOVE TRAUMEN? PERDOR FIGUREN E MEPARSHME PER TE TREGUAR KU.</p> <p>TREGO KUSH JANE PJESET E TRUPIT QE U VRATE. NQS KE HYRJE ME LEVIZSHMERI TE REDUKTUAR, TREGO CILAT.</p> <p>JU KANE PERDHUNUAR? <input type="checkbox"/> PO <input type="checkbox"/> JO</p> <p>KENI PASUR NJE AGRESION? <input type="checkbox"/> PO <input type="checkbox"/> JO</p> <p>SI NDIHESH? <input type="checkbox"/> ME MIRE <input type="checkbox"/> ME KEQ <input type="checkbox"/> SI ME PARE</p> <p>TANI DO TE KRYEJME (BEJME) DISA KONSTATIME (HETIME): <input type="checkbox"/> VIZITE GJINEKOLOGJIKE VAGINALE <input type="checkbox"/> EKOGRAFI <input type="checkbox"/> ANALIZAT E GJAKUT <input type="checkbox"/> GRUMBULLIMI GJAKUT</p> <p>TE PROPOZOJME: <input type="checkbox"/> TE SHTROHESH NE SPITAL PER VEZHGIM <input type="checkbox"/> TE SHTROHESH DERI NE PERFUNDIMIN E HETIMEVE (ANALIZAVE) <input type="checkbox"/> TE SHTROHESH PER TE BERE TRAJTIMIN NQS ESHTË E NEVOJSHME <input type="checkbox"/> TE RIKTHEHENI NE SHTEPI ME DISA NDIKACIONE (KESHILLA PER TU NDJEKUR) <input type="checkbox"/> TE TRASFEROHESH NE NJE SPITAL ME TE PERSHTATSHËM PER TE ZGJIDHUR PROBLEMIN QE NA U PREZANTUA</p>

PRANIMI NE URGJENCEN MJEKESORE PER NJE PROBLEM NE PUERPERIUM
(koha qe i duhet aparatit femeror qe te rikthehet ne normalitet)
(ACCESSO AL PRONTO SOCCORSO PER UN PROBLEMA IN PUERPERIO)

<p>HAI PERDITE DI SANGUE:</p> <ul style="list-style-type: none"> <input type="checkbox"/> ABBONDANTI <input type="checkbox"/> MALEODORANTI 	<p>KENI HUMBJE GJAKU:</p> <ul style="list-style-type: none"> <input type="checkbox"/> TE BOLLSHME <input type="checkbox"/> ME ERE TE KEQE
<p>HAI DOLORE</p> <ul style="list-style-type: none"> <input type="checkbox"/> IN SEDE DI TAGLIO CESAREO <input type="checkbox"/> IN SEDE DI SUTURA VULVO-VAGINALE 	<p>KE DHIMBJE:</p> <ul style="list-style-type: none"> <input type="checkbox"/> NE VENDIN KU KENI BERE OPERACIONIN <input type="checkbox"/> NE VENDIN KU KENI QEPJEN VULVO VAGINALI
<p>HAI PROBLEMI CON L'ALLATTAMENTO</p> <ul style="list-style-type: none"> <input type="checkbox"/> MAMMELLA DOLENTE <input type="checkbox"/> MAMMELLA ARROSSATA <input type="checkbox"/> SENO TROPPO PIENO E CHE SI SVUOTA CON DIFFICOLTÀ <input type="checkbox"/> ZONA ASCELLARE GONFIA O DOLENTE 	<p>KENI PROBLEME ME DHENIEN E GJIRIT (QUMESHTIN PER FEMIEN)</p> <ul style="list-style-type: none"> <input type="checkbox"/> GJIRI I DHEMBSHEM <input type="checkbox"/> GJIRI I SKUQUR <input type="checkbox"/> GJIRI I MBUSHUR DHE QE ZBRAZET ME VESHTIRESI <input type="checkbox"/> ZONA E SQETULLES E FRYRE DHE E DHIMBSHME
<p>RIMEDI DOLORE SUTURA VULVO-VAGINALE:</p> <ul style="list-style-type: none"> <input type="checkbox"/> CIAMBELLA/SALVAGENTE PER SEDERSI <input type="checkbox"/> GHIACCIO <input type="checkbox"/> IMPACCHI CON ACQUA E CLOREXIDINA 	<p>RMJETE PER DHIMBJEN E GJIRIT:</p> <ul style="list-style-type: none"> <input type="checkbox"/> XHAKETA SHTROJË <input type="checkbox"/> AKULL <input type="checkbox"/> PAKO ME UJE DHE KLOREKSIDINA
<p>RIMEDI PROBLEMI MAMMELLA:</p> <ul style="list-style-type: none"> <input type="checkbox"/> PARACETAMOLO X DOLORE E/O FEBBRE <input type="checkbox"/> IMPACCHI CALDO-UMIDI (X INGORGHI) <input type="checkbox"/> RICOTTA PER DECONGESTIONARE E RIDURRE IL DOLORE <input type="checkbox"/> ATTACCO DEL BAMBINO CON LABBRO INFERIORE VERSO LA ZONA INGORGATA <input type="checkbox"/> SE TEMPERATURA ALTA NON CONTROLLARLA ALL'ASCELLA 	<p>MJETET PER PROBLEMET E GJIRIT:</p> <ul style="list-style-type: none"> <input type="checkbox"/> PARACETAMOL PER DHIMBJET DHE TEMPERATUREN <input type="checkbox"/> PAKO TE NGROHTA –TE LAGESHTA (PER KONGJESTION) <input type="checkbox"/> PERDORNI GJIZEN PER TE LEHTESUAR DHIMBJEN <input type="checkbox"/> VINI BUZEN E MEPOSHTI TE FOSH NJES TEK ZONA E BLOKUAR <input type="checkbox"/> NE QOFTE SE KENI TEMPERATURE TE LARTE MOS E KONTROLLONI TEK SQETULLA.