

ARABO

العربية

Scheda multilingue  
per le pazienti straniere

متعدد اللغات الأجنبية استبيان للمرضى

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.

عزيزتي السيدة، في هذه الأثناء أنت موجودة في قسم الولادة والأمراض النسائية، هذه الأسئلة الموجهة لك تساعدنا على تأمين خدمة أفضل لذلك يرجى الإجابة بأكثر دقة ممكنة

Nome/Prénom	
Cognome/Nom	
Data di nascita/Date de naissance	
Luogo di nascita/Lieu de naissance	

**DONNA IN GRAVIDANZA****لحامل**

<b>GRAVIDANZE PRECEDENTI</b>	<b>فترات حمل سابقة</b>
<input type="checkbox"/> sì <input type="checkbox"/> no	<input type="checkbox"/> لا (no) <input type="checkbox"/> نعم (si)
quante?...n°.....	كم عددها ؟ رقم
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	من كل فترة حمل إشرحي إجهاض قطع الحمل حمل طبيعي ولادة طبيعية حمل مع عوارض ولادة قيصرية
anno di nascita del bambino.....	سنة ولادة الطفل
peso alla nascita del bambino.....	وزن الطفل عند الولادة
condizioni del bambino dopo la nascita 1. _____ 2. _____ 3. _____ 4. _____	أحوال الطفل بعد الولادة 1. _____ 2. _____ 3. _____ 4. _____
<b>GRAVIDANZA ATTUALE</b>	<b>فترة الحمل الحالية</b>
ultima mestruazione _____	تاريخ الحيض الأخير
e' necessario visionare gli esami eseguiti	من الضروري الإضطلاع على الفحوصات المجرية
e' necessario conoscere la terapia in corso	من الضروري الإضطلاع على الأدوية المستعملة حالياً
se non ha effettuato esami: PERCHÉ?	إذا لم تجري فحوصات سابقة لأي سبب؟
ha mai avuto problemi in questa gravidanza? <input type="checkbox"/> SI <input type="checkbox"/> NO	هل أتتك عوارض خلال فترة الحمل الحالية؟ <input type="checkbox"/> لا (no) <input type="checkbox"/> نعم (si)
<input type="checkbox"/> minaccia di aborto	<input type="checkbox"/> خطر إجهاض
<input type="checkbox"/> parto prematuro	<input type="checkbox"/> ولادة سابقة للأوان
<input type="checkbox"/> diabete	<input type="checkbox"/> مرض السكري
<input type="checkbox"/> pressione alta	<input type="checkbox"/> ارتفاع في ضغط الدم
<input type="checkbox"/> altro	<input type="checkbox"/> عوارض أخرى

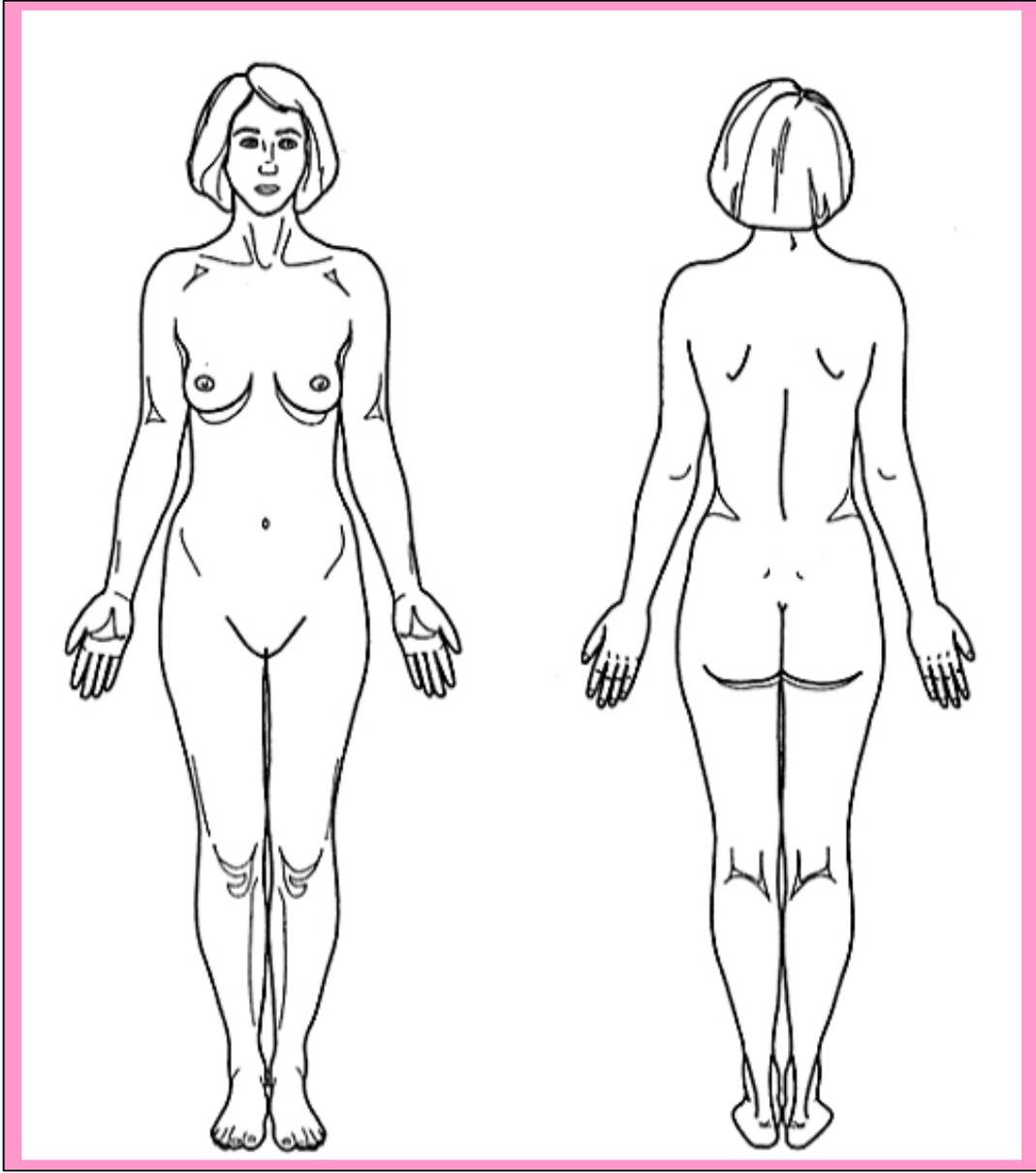
e' mai stata ricoverata in questa gravidanza <input type="checkbox"/> SI <input type="checkbox"/> NO	هل دخلت المستشفى خلال فترة الحمل الحالية <input type="checkbox"/> لا (no) <input type="checkbox"/> نعم (si)
se si dovremmo vedere la lettera di dimissione	إن كان الجواب نعم نود الإضطلاع على رسالة الخروج
chi la segue in gravidanza?	من هو الطبيب المعالج خلال فترة الحمل الحالية؟
peso iniziale _____ kg peso attuale _____ kg	ألوزن عند بداية الحمل _____ ألوزن الحالي _____
<b>PROBLEMI GINECOLOGICI</b>	<b>أمراض نسائية</b>
<input type="checkbox"/> pregressi interventi ginecologici ed indicazioni	<input type="checkbox"/> عمليات جراحية نسائية سابقة وأسبابها
<input type="checkbox"/> pregresse vaginiti recidivanti	<input type="checkbox"/> التهابات مهبلية متكررة
data ultimo PAP-test: eseguito:.....	تاريخ آخر Pap-test:.....
risposta: <input type="checkbox"/> normale <input type="checkbox"/> alterato	النتيجة: طبيعي؛ غير طبيعي
è possibile visionare il PAP-test	هل من الممكن الإضطلاع على تقرير الـ pap-test

إرتفاع ضغط أدم (IPERTENSIONE)	<input type="checkbox"/> نعم (si)	<input type="checkbox"/> لا (no)
ALTRE MALATTIE CARDIOVASCOLARI	أمراض قلب وشرابين أخرى	
.....	.....	
مرض السكري (diabete)	<input type="checkbox"/> نعم (si)	<input type="checkbox"/> لا (no)
أمراض الرئة وألقصبة ألهوائية (malattie broncopolmonari)	<input type="checkbox"/> نعم (si)	<input type="checkbox"/> لا (no)
أمراض وبائية سابقة (malattie infettive pregresse)	<input type="checkbox"/> نعم (si)	<input type="checkbox"/> لا (no)
أمراض نفسية سابقة (precedenti di ansietà e depressione)	<input type="checkbox"/> نعم (si)	<input type="checkbox"/> لا (no)
أمراض ألجهاز ألهضمي (malattie gastrointestinali)	<input type="checkbox"/> نعم (si)	<input type="checkbox"/> لا (no)
أمراض جلدية (dermatiti)	<input type="checkbox"/> نعم (si)	<input type="checkbox"/> لا (no)
أمراض ألغدة ألدرقية (patologie tiroidee)	<input type="checkbox"/> إفراز ناقص (ipotiroidismo) <input type="checkbox"/> إفراز زائد (ipertiroidismo)	<input type="checkbox"/> نعم (si)
أمراض أخرى، حددي (altre malattie, specificare) _____	<input type="checkbox"/> نعم (si)	<input type="checkbox"/> لا (no)
عمليات جراحية سابقة، حددي (pregressi interventi chirurgici, specificare) _____	<input type="checkbox"/> نعم (si)	<input type="checkbox"/> لا (no)
حساسية، حددي (allergie, specificare) _____	<input type="checkbox"/> نعم (si)	<input type="checkbox"/> لا (no)
فترات علاج سريري سابقة في ألمستشفى (precedenti ricoveri ospedalieri)	<input type="checkbox"/> نعم (si)	<input type="checkbox"/> لا (no)

هل تأخذي أدوية؟ (assume farmaci ?)

PROGESTERONE ليروجسترون	<input type="checkbox"/> نعم (si)	<input type="checkbox"/> لا (no)	ACIDO FOLICO أسيد فوليك	<input type="checkbox"/> نعم (si)	<input type="checkbox"/> لا (no)
MIORILASSANTI (miolene/vasosuprine) مرخيات العضلات	<input type="checkbox"/> نعم (si)	<input type="checkbox"/> لا (no)	MULTIVITAMINICI ألفيتامينات	<input type="checkbox"/> نعم (si)	<input type="checkbox"/> لا (no)
ANTI-IPERTENSIVI أدوية لإرتفاع الضغط	<input type="checkbox"/> نعم (si)	<input type="checkbox"/> لا (no)	FERRO حديد	<input type="checkbox"/> نعم (si)	<input type="checkbox"/> لا (no)
HEPARINE هيبارين منخفض أوزن الجزئي	<input type="checkbox"/> نعم (si)	<input type="checkbox"/> لا (no)	PARACETAMOLO (tachipirina) ألياراسيتامول	<input type="checkbox"/> نعم (si)	<input type="checkbox"/> لا (no)
ANTIBIOTIQUES (antibiotici) أدوية إلتهاب	<input type="checkbox"/> نعم (si)	<input type="checkbox"/> لا (no)	حددي (specificare quali) ..... ..... .....		
VACCINAZIONI IN GRAVIDANZA تطعيمات خلال الحمل			ALTRI FARMACI أدوية أخرى	..... ..... ..... .....	

ITALIANO	العربية
SENTI DOLORE? <input type="checkbox"/> SÌ <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	هل تشعرني بألم؟ <input type="checkbox"/> نعم (si) <input type="checkbox"/> لا (no) إشرحني كيف تشعرني؟ <input type="checkbox"/> ضعيفة <input type="checkbox"/> قلقه <input type="checkbox"/> لديك غثيان <input type="checkbox"/> أي من هذه العوارض
IL DOLORE E' FORTE? <input type="checkbox"/> NO <input type="checkbox"/> SÌ, QUANTO? ESPRIMI IN SCALA DA 1 A 10 DOVE 1 È 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	هل الألم قوي؟ <input type="checkbox"/> لا <input type="checkbox"/> نعم، كم؟ حددي رقم من 1 إلى 10 الألف 1 والأقوى 10 1 2 3 4 5 6 7 8 9 10 كيف يأتي الألم؟ <input type="checkbox"/> متواصل <input type="checkbox"/> متقطع
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	حددي فترة وجود الألم؟ <input type="checkbox"/> منذ ساعة <input type="checkbox"/> منذ ..... ساعات <input type="checkbox"/> منذ يوم <input type="checkbox"/> منذ أسبوع
QUANTO DURA?..... OGNI QUANTO TEMPO VIENE?.....	.....كم يدوم الألم؟ .....كم مرة يأتي؟
E' LA PRIMA VOLTA CHE HAI QUESTO DOLORE? <input type="checkbox"/> SÌ <input type="checkbox"/> NO	هل هي المرة الأولى التي تشعرين بهذا الألم؟ <input type="checkbox"/> نعم (si) <input type="checkbox"/> لا (no)
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	عند بداية الألم ماذا كنت تفعلين؟ (ممكن جواب واحد أو عدة أجوبة) <input type="checkbox"/> تستريحني <input type="checkbox"/> تعملني بجهد <input type="checkbox"/> تأكلي <input type="checkbox"/> تنفعلني <input type="checkbox"/> تبولي <input type="checkbox"/> تبرزي <input type="checkbox"/> تقيئي <input type="checkbox"/> تسعلني <input type="checkbox"/> خلال الجماع
ASSOCIATE CI SONO PERDITE DI SANGUE? <input type="checkbox"/> SÌ <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"/> PIU' DI UNA MESTRUAZIONE SONO COMPARSE COL DOLORE? <input type="checkbox"/> SÌ <input type="checkbox"/> NO DA QUANTO TEMPO LE HA? (ORE/GIORNI/SETTIMANE) .....	مع الألم هل لديك فقدان دم؟ أحمر فاتح أحمر غامق بني خفيف مثل العادة الشهرية أكثر من العادة الشهرية هل النزيف يأتي مع الألم؟ لا (no) نعم (si) منذ متى لديك النزيف؟ (ساعات/أيام/أسابيع)
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) .....	مع الألم هل لديك فقدان سائل؟ شفاف أصفر بني أخضر من دون رائحة ذات رائحة كريهة قليل كثير هل فقدان السائل يأتي مع الألم؟ لا نعم (si) منذ متى لديك فقدان السائل؟ (ساعات/أيام/أسابيع) .....



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

دلي أين تشعرين بالألم وإلى أين يمتد؟  
دلي على الرسم أو على جسمك

عوارض أخرى (ALTRI SINTOMI):

ITALIANO	العربية
HAI FEBBRE? <input type="checkbox"/> SI <input type="checkbox"/> NO	هل لديك حرارة؟ <input type="checkbox"/> نعم (si) <input type="checkbox"/> لا (no)
FAI FATICA A RESPIRARE? <input type="checkbox"/> SI <input type="checkbox"/> NO	هل تتنفس بصعوبة؟ <input type="checkbox"/> نعم (si) <input type="checkbox"/> لا (no)
HAI AVUTO TOSSE CON CATARRO? <input type="checkbox"/> SI <input type="checkbox"/> NO	هل لديك سعال مع بلغم؟ <input type="checkbox"/> نعم (si) <input type="checkbox"/> لا (no)
TI SI GONFIANO I PIEDI O LE MANI? <input type="checkbox"/> SI <input type="checkbox"/> NO	هل تنتفخ رجليك أو يديك؟ <input type="checkbox"/> نعم (si) <input type="checkbox"/> لا (no)
HAI VERTIGINI? <input type="checkbox"/> SI <input type="checkbox"/> NO	هل لديك دوخة؟ <input type="checkbox"/> نعم (si) <input type="checkbox"/> لا (no)
HAI DISTURBI UDITIVI? <input type="checkbox"/> SÌ <input type="checkbox"/> NO	هل لديك عوارض في السمع؟ <input type="checkbox"/> نعم (si) <input type="checkbox"/> لا (no)
HAI DISTURBI VISIVI? <input type="checkbox"/> SI <input type="checkbox"/> NO	هل لديك عوارض في النظر؟ <input type="checkbox"/> نعم (si) <input type="checkbox"/> لا (no)
HAI CEFALEA? <input type="checkbox"/> SÌ <input type="checkbox"/> NO	هل لديك صداع؟ <input type="checkbox"/> نعم (si) <input type="checkbox"/> لا (no)
HAI AVUTO VOMITO? <input type="checkbox"/> NO <input type="checkbox"/> SÌ <input type="checkbox"/> CIBO <input type="checkbox"/> LIQUIDI <input type="checkbox"/> SANGUE <input type="checkbox"/> BILE	هل أتاك قيء؟ <input type="checkbox"/> لا (no) <input type="checkbox"/> نعم (si) <input type="checkbox"/> طعام <input type="checkbox"/> سائل <input type="checkbox"/> دم <input type="checkbox"/> الصفراء
HAI AVUTO NAUSEA? <input type="checkbox"/> SI <input type="checkbox"/> NO	هل أتاك غثيان؟ <input type="checkbox"/> نعم (si) <input type="checkbox"/> لا (no)
HAI DEFECATO REGOLARMENTE? <input type="checkbox"/> SÌ <input type="checkbox"/> NO <input type="checkbox"/> STIPSI <input type="checkbox"/> DIARREA	هل تبرزت بشكل طبيعي؟ <input type="checkbox"/> نعم (si) <input type="checkbox"/> لا (no) <input type="checkbox"/> إمساك <input type="checkbox"/> إسهال
HAI URINATO REGOLARMENTE? <input type="checkbox"/> SÌ <input type="checkbox"/> NO <input type="checkbox"/> CON BRUCIORE <input type="checkbox"/> CON DIFFICOLTA'	هل تبولي بشكل طبيعي؟ <input type="checkbox"/> نعم (si) <input type="checkbox"/> لا (no) <input type="checkbox"/> مع حرق <input type="checkbox"/> بصعوبة

ITALIANO	العربية
<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>هل تعرضت لحادث سير?  <input type="checkbox"/> نعم (si) <input type="checkbox"/> لا (no)</p> <p>هل كنت تقودي السيارة?  <input type="checkbox"/> لا (no) <input type="checkbox"/> نعم (si)</p> <p>أين أتت الصدمة؟ إستعملي الرسم السابق للدليل على موضع الألم</p>
<p>INDICA QUALI SONO LE PARTI DEL CORPO CONTUSE.          SE HAI ARTICOLAZIONI CON RIDOTTA MOBILITÀ, INDICA QUALI.</p>	<p>دلي أي قسم في جسمك تلقى صدمة إن كان لديك مفاصل تتحرك بصعوبة دلي عليها</p>
<p>HAI SUBITO VIOLENZA SESSUALE?  <input type="checkbox"/> SI <input type="checkbox"/> NO</p>	<p>هل تعرضت لإغتصاب جنسي?  <input type="checkbox"/> نعم (si) <input type="checkbox"/> لا (no)</p>
<p>HAI AVUTO UNA AGGRESSIONE ?  <input type="checkbox"/> SI <input type="checkbox"/> NO</p>	<p>هل تعرضت للإعتداء?  <input type="checkbox"/> نعم (si) <input type="checkbox"/> لا (no)</p>
<p>COME TI SENTI?  <input type="checkbox"/> MEGLIO  <input type="checkbox"/> PEGGIO  <input type="checkbox"/> COME PRIMA</p>	<p>كيف تشعر الآن?  <input type="checkbox"/> أفضل  <input type="checkbox"/> أسوأ  <input type="checkbox"/> كما في السابق</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>الآن سنجري بعض الفحوصات:  <input type="checkbox"/> زيارة نسائية مهبلية  <input type="checkbox"/> صورة صوتية  <input type="checkbox"/> فحص دقات قلب الجنين  <input type="checkbox"/> فحص دم</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>سنعرض عليك:          علاج سريري في المستشفى للمراقبة          علاج سريري في المستشفى لإكمال الفحوصات          علاج سريري في المستشفى للعلاج اللازم          العودة للمنزل مع بعض الوصفات          تحويلك إلى مستشفى آخر مناسب أكثر          لعلاج عوارضك الحالية</p>

ACCES AU SERVICE D'URGENCE POUR UN PROBLEME PENDANT LA PUERPERALITE

الدخول إلى قسم الطوارئ لعوارض النفاس

<p>HAI PERDITE DI SANGUE:</p> <ul style="list-style-type: none"> <li><input type="checkbox"/> ABBONDANTI</li> <li><input type="checkbox"/> MALEODORANTI</li> </ul>	<p>هل لديك فقدان دم : كثير ذات رائحة كريهة</p>
<p>HAI DOLORE</p> <ul style="list-style-type: none"> <li><input type="checkbox"/> IN SEDE DI TAGLIO CESAREO</li> <li><input type="checkbox"/> IN SEDE DI SUTURA VULVO-VAGINALE</li> </ul>	<p>هل لديك ألم في جرح العملية القيصرية في قطب الجرح الفرجي المهبلي</p>
<p>HAI PROBLEMI CON L'ALLATTAMENTO</p> <ul style="list-style-type: none"> <li><input type="checkbox"/> MAMMELLA DOLENTE</li> <li><input type="checkbox"/> MAMMELLA ARROSSATA</li> <li><input type="checkbox"/> SENO TROPPO PIENO E CHE SI SVUOTA CON DIFFICOLTÀ</li> <li><input type="checkbox"/> ZONA ASCELLARE GONFIA O DOLENTE</li> </ul>	<p>هل لديك مشاكل بالرضاعة ألم في الثدي إحمرار في الثدي ثدي ممتلئ مع صعوبة في إفراغه إبط منتفخة ومؤلمة</p>
<p>RIMEDI DOLORE SUTURA VULVO-VAGINALE:</p> <ul style="list-style-type: none"> <li><input type="checkbox"/> CIAMBELLA/SALVAGENTE PER SEDERSI</li> <li><input type="checkbox"/> GHIACCIO</li> <li><input type="checkbox"/> IMPACCHI CON ACQUA E CLOREXIDINA</li> </ul>	<p>وسائل علاج الألم في قطب الجرح الفرجي المهبلي: وسادة دائرية/عوامة عند الجلوس كيس من الثلج ضمادات موضعية مع ماء وكلوريكسيدين</p>
<p>RIMEDI PROBLEMI MAMMELLA:</p> <ul style="list-style-type: none"> <li><input type="checkbox"/> PARACETAMOLO X DOLORE E/O FEBBRE</li> <li><input type="checkbox"/> IMPACCHI CALDO-UMIDI (X INGORGHI)</li> <li><input type="checkbox"/> RICOTTA PER DECONGESTIONARE E RIDURRE IL DOLORE</li> <li><input type="checkbox"/> ATTACCO DEL BAMBINO CON LABBRO INFERIORE VERSO LA ZONA INGORGATA</li> <li><input type="checkbox"/> SE TEMPERATURA ALTA NON CONTROLLARLA ALL'ASCELLA</li> </ul>	<p>وسائل علاج عوارض الثدي: ألباراسيتامول للألم والحرارة ضمادات موضعية مع ماء ساخنة للثدي الممتلئ القربشة في الموضع لتخفيف الالتهاب والألم عند إرضاع الطفل وضع شفته السفلى لجهة موضع الثدي الملتهب في حال إرتفاع الحرارة عدم قياسها عند الإبط</p>