



FRANCESE

FRANÇAIS

Scheda multilingue
per le pazienti straniereForme multilingue
pour les patients étrangers

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.
Madame, vous vous trouvez maintenant dans la structure de obstetrique e gynecologie. Ces questions vous sont posees pour vous fournir la meilleure assistance, nous vous prions de repondre avec la plus grande precision possible.

Nome/Prénom

Cognome/Nom

Data di nascita/Date de naissance

Luogo di nascita/Lieu de naissance

DONNA IN GRAVIDANZA**FEMME EN GROSSESSE****GRAVIDANZE PRECEDENTI** sì no

quante?...n°.....

di ognuna indicare:

- aborto spontaneo
 interruzione di gravidanza
 gravidanza normale con patologia
 parto naturale taglio cesareo

anno di nascita del bambino.....

peso alla nascita del bambino.....

condizioni del bambino dopo la nascita

1. _____
 2. _____
 3. _____
 4. _____

GROSSESSES PRÉCÉDENTES oui non

combien? n°.....

de chaque une indiquer:

- avortement spontanée
 interruption de grossesse
 grossesse normale grossesse avec pathologie
 accouchement naturel césarienne

année de naissance de l'enfant

poids à la naissance de l'enfant

conditions de l'enfant après la naissance.

1. _____
 2. _____
 3. _____
 4. _____

GRAVIDANZA ATTUALE

ultima mestruazione _____

e' necessario visionare gli esami eseguiti

e' necessario conoscere la terapia in corso

se non ha effettuato esami: PERCHÉ?

ha mai avuto problemi in questa gravidanza?

- SI NO
- minaccia di aborto
 parto prematuro
 diabete
 pressione alta
 altro

GROSSESSE ACTUELLE

date de la dernière menstruation _____

il est nécessaire voir les examens déjà effectués

il est nécessaire connaître la thérapie en cours

si vous n'avez pas effectuée d'examen: POURQUOI?

avez vous jamais eu de problèmes pendant cette grossesse?

- OUI NON
- menace d'avortement
 accouchement prématuré
 diabète
 hypertension (tension artérielle élevée)
 autres problèmes

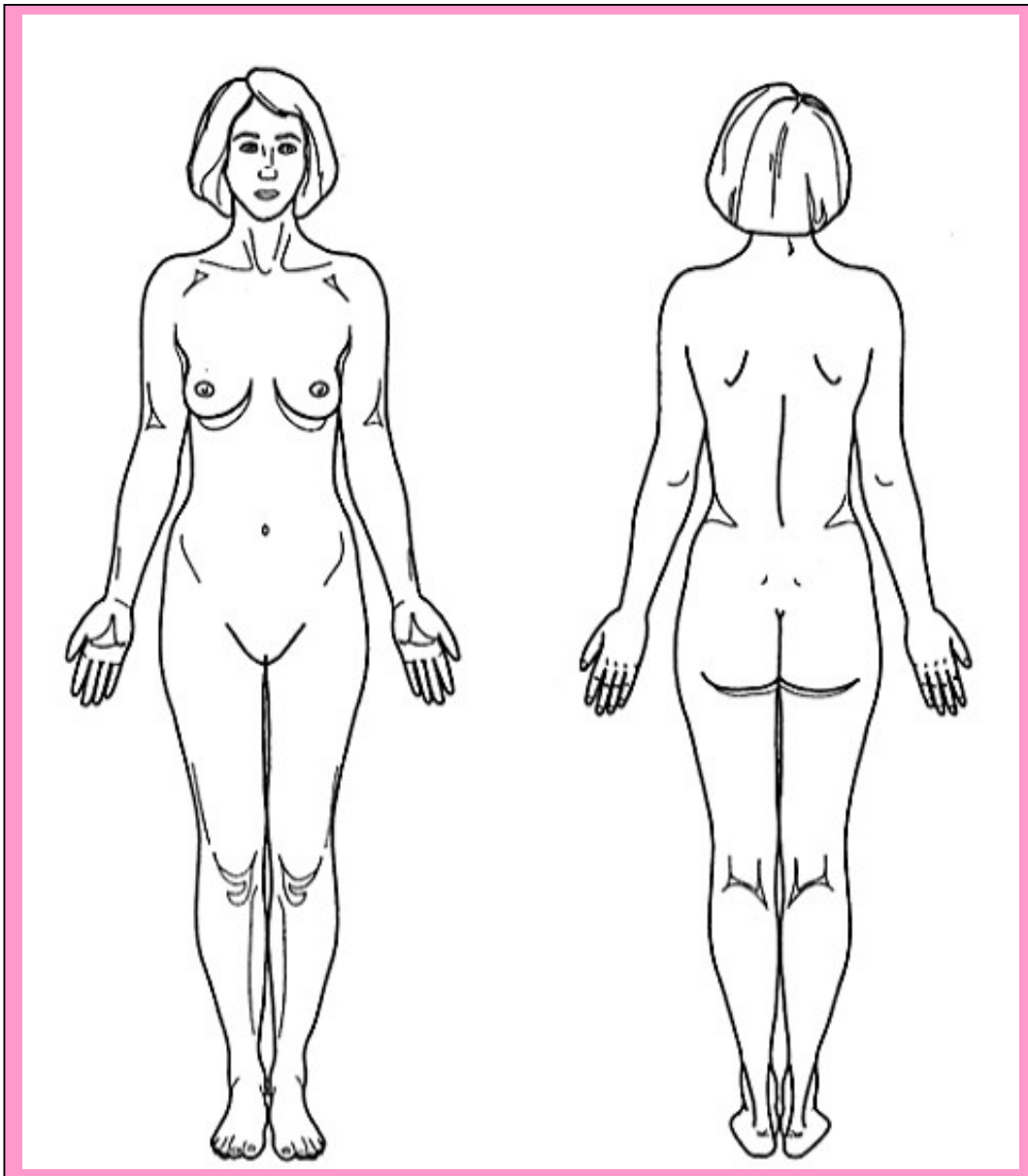
e' mai stata ricoverata in questa gravidanza <input type="checkbox"/> SI <input type="checkbox"/> NO se sì dovremmo vedere la lettera di dimissione	avez vous jamais été hospitalisée pendant cette grossesse? <input type="checkbox"/> OUI <input type="checkbox"/> NON en cas affirmatif il est nécessaire voir la lettre de l'hopital
chi la segue in gravidanza?	qui vous suit pendant la grossesse?
peso iniziale peso attuale _____ kg _____ kg	votre poids initial poids actuel _____ kg _____ kg
PROBLEMI GINECOLOGICI	PROBLEMES GYNECOLOGIQUES
<input type="checkbox"/> pregressi interventi ginecologici ed indicazioni	<input type="checkbox"/> précédentes intervention gynécologiques et leur indications
<input type="checkbox"/> pregresse vaginiti recidivanti	<input type="checkbox"/> précédentes vaginites récidivantes
data ultimo PAP-test: eseguito:.....	date du dernier PAP test:
risposta: <input type="checkbox"/> normale <input type="checkbox"/> alterato	résultat du PAP test: <input type="checkbox"/> normal <input type="checkbox"/> altéré
è possibile visionare il PAP-test	est-il possible de voir le résultat du PAP test?

HYPERTENSION (IPERTENSIONE)	<input type="checkbox"/> oui (si)	<input type="checkbox"/> non (no)
D'AUTRES MALADIES CARDIOVASCULAIRES (altre malattie cardiovascolari)	
DIABETE (diabete)	<input type="checkbox"/> oui (si)	<input type="checkbox"/> non (no)
MALADIES DES BRONCHES ET DES POUMONS (malattie broncopolmonari)	<input type="checkbox"/> oui (si)	<input type="checkbox"/> non (no)
MALADIES INFECTUEUSES ANTECEDENTES (malattie infettive pregresse)	<input type="checkbox"/> oui (si)	<input type="checkbox"/> non (no)
ANTECEDENTS D'ANXIETE OU DE DEPRESSION (precedenti di ansietà e depressione)	<input type="checkbox"/> oui (si)	<input type="checkbox"/> non (no)
MALADIES GASTRIQUES OU INTESTINALES (malattie gastrointestinali)	<input type="checkbox"/> oui (si)	<input type="checkbox"/> non (no)
DERMATITES (dermatiti)	<input type="checkbox"/> oui (si)	<input type="checkbox"/> non (no)
PATOLOGIE DE LA THYROIDE (patologie tiroidee)	<input type="checkbox"/> hypothyroïdie (ipotiroidismo) <input type="checkbox"/> hyperthyroïdie (ipertiroidismo)	<input type="checkbox"/> oui (si) <input type="checkbox"/> non (no)
AUTRES MALADIES (ALTRE MALATTIE) SPECIFIEZ (SPECIFICARE) _____	<input type="checkbox"/> oui (si)	<input type="checkbox"/> non (no)
ANTECEDENTS D'INTERVENTION CHIRURGICALE (pregressi interventi chirurgici) SPECIFIEZ (specificare) _____	<input type="checkbox"/> oui (si)	<input type="checkbox"/> non (no)
ALLERGIES (allergie) SPECIFIEZ (specificare) _____	<input type="checkbox"/> oui (si)	<input type="checkbox"/> non (no)
HOSPITALISATIONS (ricoveri ospedalieri)	<input type="checkbox"/> oui (si)	<input type="checkbox"/> non (no)

PRENEZ VOUS DES MEDICAMENTS ? (assume farmaci ?)

PROGESTERONE <input type="checkbox"/> oui (si) <input type="checkbox"/> non (no)	ACIDE FOLIQUE <input type="checkbox"/> oui (si) <input type="checkbox"/> non (no)
MYORELAXANTS (miolene/vasosuprine) <input type="checkbox"/> oui (si) <input type="checkbox"/> non (no)	MULTIVITAMINIQUES (multivitaminici) <input type="checkbox"/> oui (si) <input type="checkbox"/> non (no)
ANTI-HYPERTENSIFS <input type="checkbox"/> oui (si) <input type="checkbox"/> non (no)	FER (ferro) <input type="checkbox"/> oui (si) <input type="checkbox"/> non (no)
HEPARINE (ebpm) <input type="checkbox"/> oui (si) <input type="checkbox"/> non (no)	PARACETAMOL (tachipirina) <input type="checkbox"/> oui (si) <input type="checkbox"/> non (no)
ANTIBIOTIQUES (antibiotici) <input type="checkbox"/> oui (si) <input type="checkbox"/> non (no)	specifiez lesquels (specificare)
IMMUNIZATIONS PENDANT LA GROSSESSE (vaccinazioni in gravidanza) 	AUTRES MEDICAMENTS (altri farmaci)

ITALIANO	FRANÇAIS
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	AS TU DES DOULEURS? <input type="checkbox"/> OUI <input type="checkbox"/> NON TE SENS TU: <input type="checkbox"/> FAIBLE <input type="checkbox"/> ANXIEUSE <input type="checkbox"/> DE LA NAUSEE <input type="checkbox"/> AUCUN DE CES SYMPTOMES
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	LA DOULEUR EST-ELLE FORTE? <input type="checkbox"/> NON <input type="checkbox"/> OUI, COMBIEN? QUANTIFIE LA DOULEUR SUR UNE ECHELLE DE 1 A 10 OU 1 EST LA MOINDRE ET 10 LA MAXIMALE 1 2 3 4 5 6 7 8 9 10 COMMENT EST LA DOULEUR? <input type="checkbox"/> CONTINUELLE <input type="checkbox"/> INTERMITTENTE
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	DEPUIS COMBIEN DE TEMPS ELLE EST PRESENTE? <input type="checkbox"/> DEPUIS UNE HEURE <input type="checkbox"/> DEPUIS HEURES <input type="checkbox"/> DEPUIS UN JOUR <input type="checkbox"/> DEPUIS UNE SEMAINE
QUANTO DURA?..... OGNI QUANTO TEMPO VIENE?.....	COMBIEN DE TEMPS DURE-T-ELLE?..... APRES COMBIEN DE TEMPS ELLE SE REPETE?.....
E' LA PRIMA VOLTA CHE HAI QUESTO DOLORE? <input type="checkbox"/> SÌ <input type="checkbox"/> NO	C'EST LA PREMIERE FOIS QUE VOUS AVEZ CETTE DOULEUR? <input type="checkbox"/> OUI <input type="checkbox"/> NON
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	QU'ETIEZ-VOUS EN TRAIN DE FAIRE QUAND LA DOULEUR A COMMENCE? (UNE OU PLUS REPOSTES) <input type="checkbox"/> JE REPOSAIS <input type="checkbox"/> JE TRAVAILLAIS (TRAVAUX MANUELS) <input type="checkbox"/> JE MANJEAIS <input type="checkbox"/> J'AVAI UNE EMOTION <input type="checkbox"/> J'URINAIS <input type="checkbox"/> J'ALLAIS A LA SELLE <input type="checkbox"/> JE VOMISSAIS <input type="checkbox"/> JE TOUSSAIS <input type="checkbox"/> J'AVAI UN RAPPORT SEXUEL
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"/> PIÙ DI UNA MESTRUAZIONE SONO COMPARSE COL DOLORE? <input type="checkbox"/> SÌ <input type="checkbox"/> NO DA QUANTO TEMPO LE HA? (ORE/GIORNI/SETTIMANE)	IL Y A AUSSI DES PERTES VAGINALES DE SANG? <input type="checkbox"/> OUI <input type="checkbox"/> NON <input type="checkbox"/> ROUGE VIF <input type="checkbox"/> ROUGE FONCE <input type="checkbox"/> BRUNES <input type="checkbox"/> MOINDRES <input type="checkbox"/> COMME UNE MENSTRUATION <input type="checkbox"/> PLUS D'UNE MENSTRUATION SONT-ELLES APPARUES A MEME TEMPS QUE LA DOULEUR? <input type="checkbox"/> OUI <input type="checkbox"/> NON DEPUIS COMBIEN DE TEMPS LES AVEZ-VOUS? (HEURES/JOURS/SEMAINES)
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)	IL Y A AUSSI DES PERTES VAGINALES? <input type="checkbox"/> TRANSPARENTES <input type="checkbox"/> JAUNES <input type="checkbox"/> BRUNES <input type="checkbox"/> VERTES <input type="checkbox"/> INODORES <input type="checkbox"/> PUANTES <input type="checkbox"/> MOINDRES <input type="checkbox"/> ABONDANTES SONT-ELLES APPARUES A MEME TEMPS QUE LA DOULEUR? <input type="checkbox"/> OUI <input type="checkbox"/> NON DEPUIS COMBIEN DE TEMPS LES AVEZ-VOUS? (HEURES/JOURS/SEMAINES)



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

MONTRE MOI OU EST-CE-QUE TU SENS LA DOULEUR ET OU EST-CE-QUE ELLE S'ETEND.
Utilise le dessin ci-joint ou montre moi sur ton corps.

AUTRES SYMPTOMES (ALTRI SINTOMI):

ITALIANO	FRANÇAIS
<p>HAI FEBBRE?</p> <p><input type="checkbox"/> SÌ <input type="checkbox"/> NO</p> <p>FAI FATICA A RESPIRARE?</p> <p><input type="checkbox"/> SÌ <input type="checkbox"/> NO</p> <p>HAI AVUTO TOSSE CON CATARRO?</p> <p><input type="checkbox"/> SÌ <input type="checkbox"/> NO</p> <p>TI SI GONFIANO I PIEDI O LE MANI?</p> <p><input type="checkbox"/> SÌ <input type="checkbox"/> NO</p> <p>HAI VERTIGINI?</p> <p><input type="checkbox"/> SÌ <input type="checkbox"/> NO</p>	<p>AS-TU DE LA FIEVRE?</p> <p><input type="checkbox"/> OUI <input type="checkbox"/> NON</p> <p>AS-TU DES DIFFICULTES DE RESPIRATION</p> <p><input type="checkbox"/> OUI <input type="checkbox"/> NON</p> <p>AS-TU EU DE LA TOUX AVEC CRACHATS</p> <p><input type="checkbox"/> OUI <input type="checkbox"/> NON</p> <p>LES PIEDS ET LES MAINS SE GONFLENT-ILS?</p> <p><input type="checkbox"/> OUI <input type="checkbox"/> NON</p> <p>AS-TU DES VERTIGES?</p> <p><input type="checkbox"/> OUI <input type="checkbox"/> NON</p>
<p>HAI DISTURBI Uditivi?</p> <p><input type="checkbox"/> SÌ <input type="checkbox"/> NO</p>	<p>AS-TU DES PROBLEMES D'OUÏE?</p> <p><input type="checkbox"/> OUI <input type="checkbox"/> NON</p>
<p>HAI DISTURBI VISIVI?</p> <p><input type="checkbox"/> SÌ <input type="checkbox"/> NO</p>	<p>AS-TU DES PROBLEMES DE VUE?</p> <p><input type="checkbox"/> OUI <input type="checkbox"/> NON</p>
<p>HAI CEFALEA?</p> <p><input type="checkbox"/> SÌ <input type="checkbox"/> NO</p>	<p>AS-TU MAL A LA TETE?</p> <p><input type="checkbox"/> OUI <input type="checkbox"/> NON</p>
<p>HAI AVUTO VOMITO?</p> <p><input type="checkbox"/> NO <input type="checkbox"/> SÌ</p> <p><input type="checkbox"/> CIBO <input type="checkbox"/> LIQUIDI <input type="checkbox"/> SANGUE <input type="checkbox"/> BILE</p>	<p>AS-TU VOMI?</p> <p><input type="checkbox"/> NON <input type="checkbox"/> OUI</p> <p><input type="checkbox"/> ALIMENTS <input type="checkbox"/> LIQUIDES <input type="checkbox"/> SANG <input type="checkbox"/> BILE</p>
<p>HAI AVUTO NAUSEA?</p> <p><input type="checkbox"/> SÌ <input type="checkbox"/> NO</p>	<p>AS-TU EU DE LA NAUSEE?</p> <p><input type="checkbox"/> OUI <input type="checkbox"/> NON</p>
<p>HAI DEFECATO REGOLARMENTE?</p> <p><input type="checkbox"/> SÌ <input type="checkbox"/> NO <input type="checkbox"/> STIPSI <input type="checkbox"/> DIARREA</p>	<p>EST-TU ALLEE A LA SELLE REGULIEREMENT</p> <p><input type="checkbox"/> OUI <input type="checkbox"/> NON <input type="checkbox"/> CONSTIPATION <input type="checkbox"/> DIARRHEE</p>
<p>HAI URINATO REGOLARMENTE?</p> <p><input type="checkbox"/> SÌ <input type="checkbox"/> NO <input type="checkbox"/> CON BRUCIORE <input type="checkbox"/> CON DIFFICOLTA'</p>	<p>AS-TU URINE REGULIEREMENT?</p> <p><input type="checkbox"/> OUI <input type="checkbox"/> NON <input type="checkbox"/> ÇA BRULE <input type="checkbox"/> AVEC DIFFICULTE</p>

ACCES AU SERVICE D'URGENCE POUR TRAUMATISME PENDANT LA GROSSESSE
 ACCESSO IN PRONTO SOCCORSO PER TRAUMA IN GRAVIDANZA

ITALIANO	FRANÇAIS
<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>AS-TU EU UN ACCIDENT ROUTIER? <input type="checkbox"/> OUI <input type="checkbox"/> NON</p> <p>TU CONDUISAIS? OUI <input type="checkbox"/> NON <input type="checkbox"/></p> <p>OU AS-TU REÇU LE TRAUMATISME? UTILISE L'IMAGE POUR INDICUER.</p> <p>INDIQUE OU EST-CE-QUE TU AS DES CONTUSIONS. SI TU AS DES ARTICULATIONS AVEC MOBILITE REDUITE INDIQUE LESQUELLES</p> <p>AS-TU SUBI UNE VIOLENCE SEXUELLE? <input type="checkbox"/> OUI <input type="checkbox"/> NON</p> <p>AS-TU SUBI UNE AGRESSION? <input type="checkbox"/> OUI <input type="checkbox"/> NON</p> <p>COMMENT TE SENS TU ? <input type="checkbox"/> MIEUX <input type="checkbox"/> PIRE <input type="checkbox"/> COMME AVANT</p> <p>MAINTENANT NOUS FERONS QUELQUES EXAMENS: <input type="checkbox"/> VISITE OBSTETRIQUE VAGINALE <input type="checkbox"/> ECHOGRAPHIE <input type="checkbox"/> CARDIOTOCOGRAPHIE <input type="checkbox"/> PRISE DE SANG</p> <p>NOUS TE PROPOSONS: <input type="checkbox"/> DE T'HOSPITALISER EN OBSERVATION <input type="checkbox"/> DE T'HOSPITALISER POUR COMPLETER LES EXAMENS <input type="checkbox"/> DE T'HOSPITALISER POUR EFFETTUER LA THERAPIE NECESSAIRE <input type="checkbox"/> DE TE RENVOYER A DOMICILE AVEC DES INDICATIONS <input type="checkbox"/> DE TE TRANSFERER DANS UN HOPITAL PLUS ADAPTE POUR RESOUDRE TON PROBLEME DE SANTE.</p>

ACCES AU SERVICE D'URGENCE POUR UN PROBLEME PENDANT LA PUERPERALITE
(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>AS-TU DES PERTES DE SANG?</p> <ul style="list-style-type: none"> <input type="checkbox"/> ABONDANTES <input type="checkbox"/> PUANTES
<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>AS-TU DES DOULEURS?</p> <ul style="list-style-type: none"> <input type="checkbox"/> SUR LA SUTURE DE LA CESARIENNE <input type="checkbox"/> SUR LA SUTURE VULVO-VAGINALE
<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>AS-TU DES PROBLEMES D'ALLAITEMENT?</p> <ul style="list-style-type: none"> <input type="checkbox"/> DOULEUR AU SEIN <input type="checkbox"/> SEIN ROUGI <input type="checkbox"/> SEIN TROP PLEIN ET DIFFICILE A VIDER <input type="checkbox"/> ZONE AXILLAIRE GONFLEE OU DOULOUREUSE
<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>REMEDES POUR DOULEUR SUR LA SUTURE VULVO-VAGINALE</p> <ul style="list-style-type: none"> <input type="checkbox"/> COUSSIN EN COURONNE <input type="checkbox"/> GLACE <input type="checkbox"/> COMPRESSES D'EAU ET CHLOREXIDINE
<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>REMEDES POUR PROBLEMES AU SEIN</p> <ul style="list-style-type: none"> <input type="checkbox"/> PARACETAMOL POUR LES DOULEURS ET LA FIEVRE <input type="checkbox"/> COMPRESSES CHAUDES ET HUMIDES POUR L'ENGORGEMENT <input type="checkbox"/> RICOTTA POUR DECONGESTIONNER ET REDUIRE LA DOULEUR <input type="checkbox"/> ATTACHER LE NOURRISSON AU SEIN AVEC LA LEVRE INFERIEURE VERS LA ZONE ENGORGEE <input type="checkbox"/> SI TEMPERATURE ELEVEE NE PAR LA MESURER DANS L'AISELLE