

INGLESE

ENGLISH

Scheda MULTILINGUE  
per le pazienti straniere

Multilingual questionnaire  
for foreign patients

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.

*Dear Madam, at the moment you are in the gynecology and obstetrics department. The following questions are aimed to give you a better care and we kindly ask you to answer them carefully.*

Nome/Name	
Cognome/Surname	
Data di nascita/Date of birth	
Luogo di nascita/Place of birth	

**DONNA IN GRAVIDANZA**

**PREGNANT WOMAN**

<b>GRAVIDANZE PRECEDENTI</b>	<b>PREVIOUS PREGNANCIES</b>
<input type="checkbox"/> sì <input type="checkbox"/> no	<input type="checkbox"/> yes <input type="checkbox"/> no
quante?...n°.....	how many? n°.....
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	for each pregnancy specify: <input type="checkbox"/> miscarriage <input type="checkbox"/> interruption of pregnancy <input type="checkbox"/> normal pregnancy <input type="checkbox"/> pathological pregnancy <input type="checkbox"/> natural delivery <input type="checkbox"/> cesarean
anno di nascita del bambino.....	date of birth of each child .....
peso alla nascita del bambino.....	birth weight of each child .....
condizioni del bambino dopo la nascita 1. _____ 2. _____ 3. _____ 4. _____	child's health after birth 1. _____ 2. _____ 3. _____ 4. _____
<b>GRAVIDANZA ATTUALE</b>	<b>PRESENT PREGNANCY</b>
ultima mestruazione _____	last period _____
e' necessario visionare gli esami eseguiti	please, show me the tests you have done
e' necessario conoscere la terapia in corso	please, show me the present therapy
se non ha effettuato esami: PERCHÉ?	haven't you done any tests? Please explain why?
ha mai avuto problemi in questa gravidanza? <input type="checkbox"/> SI <input type="checkbox"/> NO	have you had problems during this pregnancy? <input type="checkbox"/> YES <input type="checkbox"/> NO
<input type="checkbox"/> minaccia di aborto	<input type="checkbox"/> threatened abortion
<input type="checkbox"/> parto prematuro	<input type="checkbox"/> preterm delivery
<input type="checkbox"/> diabete	<input type="checkbox"/> diabetes
<input type="checkbox"/> pressione alta	<input type="checkbox"/> hypertension
<input type="checkbox"/> altro	<input type="checkbox"/> other problems.....

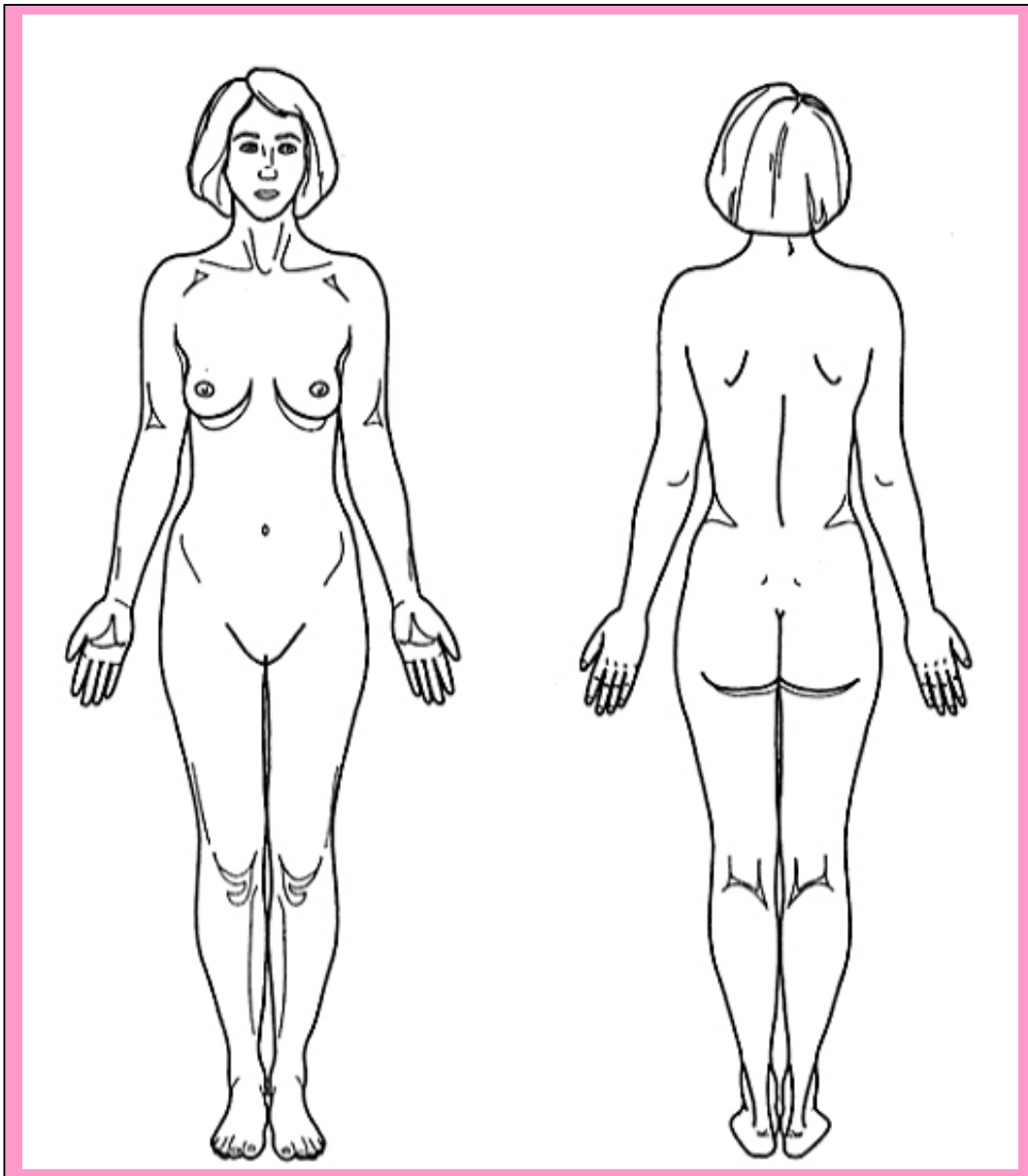
e' mai stata ricoverata in questa gravidanza? <input type="checkbox"/> SI <input type="checkbox"/> NO	have you ever been hospitalized during this pregnancy? <input type="checkbox"/> YES <input type="checkbox"/> NO
se sì dovremmo vedere la lettera di dimissione	in the affirmative, we kindly ask you to show us the hospital discharge letter
chi la segue in gravidanza?	what is the name of the Doctor in charge of your care during this pregnancy ?
peso iniziale                      peso attuale _____kg                      _____kg	starting weight                      current weight _____kg                      _____kg
<b>PROBLEMI GINECOLOGICI</b>	<b>GYNECOLOGICAL PROBLEMS</b>
<input type="checkbox"/> pregressi interventi ginecologici ed indicazioni	<input type="checkbox"/> previous gynecological surgery with indications
<input type="checkbox"/> pregresse vaginiti recidivanti	<input type="checkbox"/> previous recurrent vaginal infections
data ultimo PAP-test: eseguito:.....	date of the last Pap test: .....
risposta: <input type="checkbox"/> normale <input type="checkbox"/> alterato	results of the last Pap test: <input type="checkbox"/> normal <input type="checkbox"/> alterado
è possibile visionare il PAP-test	is it possible to see your last Pap test results?

HYPERTENSION (IPERTENSIONE)	<input type="checkbox"/> yes	<input type="checkbox"/> no
OTHER CARDIOVASCULAR DISEASES (ALTRE MALATTIE CARDIOVASCOLARI) ..... .....		
DIABETES (DIABETE)	<input type="checkbox"/> yes	<input type="checkbox"/> no
BRONCHOPULMONARY DISEASES (MALATTIE BRONCOPOLMONARI)	<input type="checkbox"/> yes	<input type="checkbox"/> no
PREVIOUS EXPOSURE TO INFECTIOUS DISEASES (MALATTIE INFETTIVE PREGRESSE)	<input type="checkbox"/> yes	<input type="checkbox"/> no
PREVIOUS ANXIETY AND DEPRESSION PROBLEMS (PRECEDENTI DI ANSIETA E DEPRESSIONE)	<input type="checkbox"/> yes	<input type="checkbox"/> no
GASTROINTESTINAL DISEASES (MALATTIE GASTROINTESTINALI)	<input type="checkbox"/> yes	<input type="checkbox"/> no
DERMATITIS (DERMATITI)	<input type="checkbox"/> yes	<input type="checkbox"/> no
THYROID DISEASE (PATOLOGIE TIROIDEE)	<input type="checkbox"/> HYPOTHYROIDISM (Ipotiroidismo) <input type="checkbox"/> HYPERTHYROIDISM (Ipertiroidismo)	<input type="checkbox"/> yes <input type="checkbox"/> no
OTHER DISEASES (ALTRE MALATTIE) PLEASE SPECIFY (SPECIFICARE) _____	<input type="checkbox"/> yes	<input type="checkbox"/> no
PREVIOUS SURGERY (PREGRESSI INTERVENTI CHIRURGICI) PLEASE SPECIFY (SPECIFICARE) _____	<input type="checkbox"/> yes	<input type="checkbox"/> no
ALLERGIES (ALLERGIE) PLEASE SPECIFY (SPECIFICARE) _____	<input type="checkbox"/> yes	<input type="checkbox"/> no
OTHER PAST HOSPITAL ADMISSIONS (RICOVERI OSPEDALIERI)	<input type="checkbox"/> yes	<input type="checkbox"/> no

ARE YOU TAKING ANY DRUGS ? (ASSUME FARMACI ?)

PROGESTERONE <input type="checkbox"/> yes <input type="checkbox"/> no	FOLIC ACID <input type="checkbox"/> yes <input type="checkbox"/> no
MUSCLE RELAXERS (Miolene/Vasosuprine) <input type="checkbox"/> yes <input type="checkbox"/> no	MULTIVITAMINS (MULTIVITAMINICI) <input type="checkbox"/> yes <input type="checkbox"/> no
ANTIHYPERTENSIVE AGENTS <input type="checkbox"/> yes <input type="checkbox"/> no	IRON (FERRO) <input type="checkbox"/> yes <input type="checkbox"/> no
HEPARIN (LMWH) <input type="checkbox"/> yes <input type="checkbox"/> no	PARACETAMOL (TACHIPIRINA) <input type="checkbox"/> yes <input type="checkbox"/> no
ANTIBIOTICS (ANTIBIOTICI) <input type="checkbox"/> yes <input type="checkbox"/> no	PLEASE SPECIFY (specificare) ..... ..... .....
VACCINATION IN PREGNANCY (VACCINAZIONI IN GRAVIDANZA)  ..... ..... ..... .....	OTHER DRUGS (ALTRI FARMACI)  ..... ..... ..... .....

ITALIANO	ENGLISH
<p>SENTI DOLORE?</p> <p><input type="checkbox"/> SÌ</p> <p><input type="checkbox"/> NO</p> <p>SPIEGA COME TI SENTI:</p> <p><input type="checkbox"/> DEBOLE</p> <p><input type="checkbox"/> ANSIOSA</p> <p><input type="checkbox"/> NAUSEATA</p> <p><input type="checkbox"/> NESSUNO DI QUESTI SINTOMI</p>	<p>DO YOU FEEL PAIN?</p> <p><input type="checkbox"/> YES</p> <p><input type="checkbox"/> NO</p> <p>HOW DO YOU FEEL?:</p> <p><input type="checkbox"/> WEAK</p> <p><input type="checkbox"/> ANXIOUS</p> <p><input type="checkbox"/> NAUSEOUS</p> <p><input type="checkbox"/> NONE OF THESE SYMPTOMS</p>
<p>IL DOLORE E' FORTE?</p> <p><input type="checkbox"/> NO</p> <p><input type="checkbox"/> SÌ, QUANTO?</p> <p>ESPRIMI IN SCALA DA 1 A 10</p> <p>DOVE 1 È IL MINIMO E 10 IL MASSIMO</p> <p>1 2 3 4 5 6 7 8 9 10</p> <p>COME E' IL DOLORE?</p> <p><input type="checkbox"/> CONTINUO</p> <p><input type="checkbox"/> INTERMITTENTE</p>	<p>DO YOU FEEL STRONG PAIN?</p> <p><input type="checkbox"/> NO</p> <p><input type="checkbox"/> YES, HOW MUCH?</p> <p>ON A SCALE OF ONE TO TEN, HOW WOULD YOU DESCRIBE THE INTENSITY OF THE PAIN?</p> <p>1 2 3 4 5 6 7 8 9 10</p> <p>PLEASE DESCRIBE HOW IS THE PAIN?</p> <p><input type="checkbox"/> CONTINUOUS</p> <p><input type="checkbox"/> DISCONTINUOUS</p>
<p>DA QUANTO TEMPO È PRESENTE?</p> <p><input type="checkbox"/> DA UN' ORA</p> <p><input type="checkbox"/> N° ..... ORE</p> <p><input type="checkbox"/> DA UN GIORNO</p> <p><input type="checkbox"/> DA UNA SETTIMANA</p>	<p>HOW LONG HAVE YOU BEEN FEELING THE PAIN?</p> <p><input type="checkbox"/> ONE HOUR</p> <p><input type="checkbox"/> ..... HOURS</p> <p><input type="checkbox"/> ONE DAY</p> <p><input type="checkbox"/> A WEEK</p>
<p>QUANTO DURA?.....</p> <p>OGNI QUANTO TEMPO VIENE?.....</p>	<p>HOW LONG DOES IT LAST?.....</p> <p>HOW OFTEN DOES THE PAIN RETURN?.....</p>
<p>E' LA PRIMA VOLTA CHE HAI QUESTO DOLORE?</p> <p><input type="checkbox"/> SÌ</p> <p><input type="checkbox"/> NO</p>	<p>IS IT THE FIRST TIME YOU HAVE BEEN HAVING THIS PAIN?</p> <p><input type="checkbox"/> YES</p> <p><input type="checkbox"/> NO</p>
<p>QUANDO IL DOLORE E' COMINCIATO, COSA STAVI FACENDO? (UNA O PIU' RISPOSTE)</p> <p><input type="checkbox"/> RIPOSANDO</p> <p><input type="checkbox"/> LAVORANDO FISICAMENTE</p> <p><input type="checkbox"/> MANGIANDO</p> <p><input type="checkbox"/> EMOZIONANDOMI</p> <p><input type="checkbox"/> URINANDO</p> <p><input type="checkbox"/> ANDAVO DI CORPO</p> <p><input type="checkbox"/> VOMITANDO</p> <p><input type="checkbox"/> TOSSENDO</p> <p><input type="checkbox"/> AVEVO AVUTO UN RAPPORTO SESSUALE</p>	<p>WHAT WERE YOU DOING WHEN THE PAIN STARTED? (YOU CAN CHOOSE ONE OR MORE ANSWERS)</p> <p><input type="checkbox"/> RESTING</p> <p><input type="checkbox"/> WORKING</p> <p><input type="checkbox"/> EATING</p> <p><input type="checkbox"/> FEELING EMOTIONS</p> <p><input type="checkbox"/> URINATING</p> <p><input type="checkbox"/> SHITTING</p> <p><input type="checkbox"/> VOMITING</p> <p><input type="checkbox"/> COUGHING</p> <p><input type="checkbox"/> HAVING SEX</p>
<p>ASSOCIATE CI SONO PERDITE DI SANGUE?</p> <p><input type="checkbox"/> SÌ <input type="checkbox"/> NO</p> <p><input type="checkbox"/> ROSSO VIVO <input type="checkbox"/> ROSSO SCURO <input type="checkbox"/> MARRONI</p> <p><input type="checkbox"/> SCARSE <input type="checkbox"/> COME UNA MESTRUAZIONE</p> <p><input type="checkbox"/> PIÙ DI UNA MESTRUAZIONE</p> <p>SONO COMPARSE COL DOLORE? <input type="checkbox"/> SÌ <input type="checkbox"/> NO</p> <p>DA QUANTO TEMPO LE HA?</p> <p>(ORE/GIORNI/SETTIMANE) .....</p>	<p>HAVE YOU ALSO GOT A BLOOD LOSS</p> <p><input type="checkbox"/> YES <input type="checkbox"/> NO IN THE AFFERMATIVE SPECIFY:</p> <p><input type="checkbox"/> BRIGHT RED <input type="checkbox"/> DARK RED <input type="checkbox"/> BROWN RED</p> <p><input type="checkbox"/> SPOTTING <input type="checkbox"/> NORMAL RED FLOW</p> <p><input type="checkbox"/> MENSTRUAL SEVERE BLEEDING</p> <p>DOES IT APPEARED WITH THE PAIN ? <input type="checkbox"/> YES <input type="checkbox"/> NO</p> <p>HOW LONG HAVE YOU BEEN HAVING BLOOD LOSS?</p> <p>(HOURS/DAYS/WEEKS).....</p>
<p>ASSOCIATE CI SONO PERDITE DI LIQUIDO?</p> <p><input type="checkbox"/> TRASPARENTE <input type="checkbox"/> GIALLO</p> <p><input type="checkbox"/> MARRONCINO <input type="checkbox"/> VERDE</p> <p><input type="checkbox"/> INODORE <input type="checkbox"/> PUZZOLENTE</p> <p><input type="checkbox"/> SCARSE <input type="checkbox"/> ABBONDANTI</p> <p>SONO COMPARSE COL DOLORE? <input type="checkbox"/> SÌ <input type="checkbox"/> NO</p> <p>DA QUANTO TEMPO LE HAI?</p> <p>(ORE/GIORNI/SETTIMANE) .....</p>	<p>HAVE YOU ALSO GOT VAGINAL SECRETIONS?</p> <p><input type="checkbox"/> CLEAR <input type="checkbox"/> YELLOW</p> <p><input type="checkbox"/> LIGHT BROWN <input type="checkbox"/> GREEN</p> <p><input type="checkbox"/> ODORLESS <input type="checkbox"/> SMELLY</p> <p><input type="checkbox"/> LITTLE <input type="checkbox"/> A LOT OF</p> <p><input type="checkbox"/> HAVE THEY APPEARED WITH PAIN? <input type="checkbox"/> YES <input type="checkbox"/> NO</p> <p>HOW LONG HAVE YOU BEEN HAVING VAGINAL DISCHARGE? (HOURS/DAYS/WEEKS).....</p>



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

PLEASE, SHOW ME WHERE DO YOU FEEL THE PAIN AND THE INTERESTED AREA.  
USE THIS DRAWING IF YOU WANT OR DESCRIBE IT DIRECTLY ON YOUR BODY.

ATHER SYMPTOMS (ALTRI SINTOMI):

ITALIANO	ENGLISH
<p>HAI FEBBRE?</p> <p><input type="checkbox"/> SI</p> <p><input type="checkbox"/> NO</p>	<p>HAVE YOU GOT TEMPERATURE?</p> <p><input type="checkbox"/> YES</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>ARE YOU HAVING TROUBLE BREATHING?</p> <p><input type="checkbox"/> YES</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>HAVE YOU HAD COUGHS WITH CATARRH</p> <p><input type="checkbox"/> YES</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>HAVE YOU SWOLLEN FEET AND HANDS?</p> <p><input type="checkbox"/> YES</p> <p><input type="checkbox"/> NO</p>
<p>HAI VERTIGINI?</p> <p><input type="checkbox"/> SI</p> <p><input type="checkbox"/> NO</p>	<p>DO YOU SUFFER FROM DIZZINES?</p> <p><input type="checkbox"/> YES</p> <p><input type="checkbox"/> NO</p>
<p>HAI DISTURBI Uditivi?</p> <p><input type="checkbox"/> SÌ</p> <p><input type="checkbox"/> NO</p>	<p>HAVE YOU GOT ANY HEARING PROBLEM?</p> <p><input type="checkbox"/> YES</p> <p><input type="checkbox"/> NO</p>
<p>HAI DISTURBI VISIVI?</p> <p><input type="checkbox"/> SI</p> <p><input type="checkbox"/> NO</p>	<p>HAVE YOU GOT ANY VISUAL PROBLEM?</p> <p><input type="checkbox"/> YES</p> <p><input type="checkbox"/> NO</p>
<p>HAI CEFALIA?</p> <p><input type="checkbox"/> SÌ</p> <p><input type="checkbox"/> NO</p>	<p>HAVE YOU GOT HEADACHE?</p> <p><input type="checkbox"/> YES</p> <p><input type="checkbox"/> NO</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>DID YOU VOMIT?</p> <p><input type="checkbox"/> YES</p> <p><input type="checkbox"/> NO</p> <p><input type="checkbox"/> FOODS</p> <p><input type="checkbox"/> FLUIDS</p> <p><input type="checkbox"/> BLOOD</p> <p><input type="checkbox"/> BILE</p>
<p>HAI AVUTO NAUSEA?</p> <p><input type="checkbox"/> SI</p> <p><input type="checkbox"/> NO</p>	<p>HAVE YOU GOT NAUSEA?</p> <p><input type="checkbox"/> YES</p> <p><input type="checkbox"/> NO</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>HAVE YOU HAD REGULAR BOWEL MOVEMENTS?</p> <p><input type="checkbox"/> YES</p> <p><input type="checkbox"/> NO</p> <p><input type="checkbox"/> CONSTIPATION</p> <p><input type="checkbox"/> DIARRHEA</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>DID YOU URINATE REGULARLY?</p> <p><input type="checkbox"/> YES</p> <p><input type="checkbox"/> NO</p> <p><input type="checkbox"/> WITH BURNING</p> <p><input type="checkbox"/> WITH DIFFICULTY</p>

PREGNANT WOMAN IN EMERGENCY ROOM FOR TRAUMA  
 ACCESSO IN PRONTO SOCCORSO PER TRAUMA IN GRAVIDANZA

ITALIANO	ENGLISH
<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>HAVE YOU HAD AN ACCIDENT?  <input type="checkbox"/> YES <input type="checkbox"/> NO</p> <p>WERE YOU DRIVING? YES <input type="checkbox"/> NO <input type="checkbox"/></p> <p>PLEASE SHOW IN WHICH PART OF THE BODY YOU HAD TRAUMA. USE THE PREVIOUS IMAGE TO SPECIFY THE POINT.</p>
<p>INDICA QUALI SONO LE PARTI DEL CORPO CONTUSE.          SE HAI ARTICOLAZIONI CON RIDOTTA MOBILITÀ, INDICA QUALI.</p>	<p>PLEASE SAY WHICH PARTS OF YOUR BODY HAVE BEEN CONTUSED.          HAVE YOU GOT JOINT PAIN? IN THE AFFIRMATIVE, PLEASE SAY WHERE.</p>
<p>HAI SUBITO VIOLENZA SESSUALE?  <input type="checkbox"/> SI <input type="checkbox"/> NO</p>	<p>HAVE YOU BEEN SEXUALLY ASSAULTED?  <input type="checkbox"/> YES <input type="checkbox"/> NO</p>
<p>HAI AVUTO UNA AGGRESSIONE?  <input type="checkbox"/> SI <input type="checkbox"/> NO</p>	<p>HAVE YOU BEEN ATTACKED?  <input type="checkbox"/> YES <input type="checkbox"/> NO</p>
<p>COME TI SENTI?  <input type="checkbox"/> MEGLIO  <input type="checkbox"/> PEGGIO  <input type="checkbox"/> COME PRIMA</p>	<p>HOW DO YOU FEEL?  <input type="checkbox"/> BETTER  <input type="checkbox"/> WORSE  <input type="checkbox"/> AS BEFORE</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>NOW, WE ARE GOING TO MAKE SOME MEDICAL CHECKS:  <input type="checkbox"/> VAGINAL OBSTETRIC EXAMINATION  <input type="checkbox"/> ABDOMINAL SCAN  <input type="checkbox"/> CARDIOTOCOGRAPHY  <input type="checkbox"/> BOOD TEST</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>WE WILL PROPOSE YOU:  <input type="checkbox"/> HOSPITAL ADMISSION UNDER OBSERVATION  <input type="checkbox"/> HOSPITAL ADMISSION TO COMPLETE THE MEDICAL EXAMS  <input type="checkbox"/> HOSPITAL ADMISSION FOR THERAPHY  <input type="checkbox"/> HOSPITAL DISCHARGE WITH THERAPHY  <input type="checkbox"/> TRANFER TO ANOTHER SELECTED HOSPITAL</p>

THE NEW MOTHER IN EMERGENCY ROOM  
(ACCESSO AL PRONTO SOCCORSO PER UN PROBLEMA IN PUERPERIO)

<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>HAVE YOU HAD BLOOD LOSS?</p> <ul style="list-style-type: none"> <li><input type="checkbox"/> MASSIVE</li> <li><input type="checkbox"/> SMELLY</li> </ul>
<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>DO YOU FEEL PAIN? PLEASE SAY WHERE.</p> <ul style="list-style-type: none"> <li><input type="checkbox"/> DOES THE C-SECTION HURT?</li> <li><input type="checkbox"/> DOES THE VAGINAL TEAR HURT?</li> </ul>
<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>HAVE YOU GOT BREASTFEEDING PROBLEMS?</p> <ul style="list-style-type: none"> <li><input type="checkbox"/> BREAST PAIN</li> <li><input type="checkbox"/> REDDENING BREAST</li> <li><input type="checkbox"/> SWOLLEN BREAST, DIFFICULT TO EMPTY</li> <li><input type="checkbox"/> SWOLLEN AND PAINFUL ARMPIT</li> </ul>
<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>REMEDIES FOR VULVO-VAGINALE PAIN</p> <ul style="list-style-type: none"> <li><input type="checkbox"/> RUBBER RING TO SIT ON</li> <li><input type="checkbox"/> ICE</li> <li><input type="checkbox"/> WATER AND CHLORHEXIDINE COMPRESS</li> </ul>
<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 LA FEBBRE E' ALTA NON CONTROLLARLA SOTTO L'ASCELLA</li> </ul>	<p>REMEDIES FOR BREAST PROBLEMES</p> <ul style="list-style-type: none"> <li><input type="checkbox"/> PARACETAMOL TO RELIEVE PAIN AND FEVER</li> <li><input type="checkbox"/> MOIST HEAT PACK FOR ENGORGEMENT</li> <li><input type="checkbox"/> CURD CHEESE COMPRESS</li> <li><input type="checkbox"/> BABY TOP LIP SHOULD BE LATCHING IN, AS MUCH AREOLA AS POSSIBLE</li> <li><input type="checkbox"/> IN CASE OF HIGH TEMPERATURE, DO NOT TAKE IT UNDER THE ARMPIT</li> </ul>