

RUSSO

РУССКИЙ

Scheda multilingue
per le pazienti straniere

Разноязычный бланк для иностранных пациентов

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.
Уважаемая синьора, в этот момент Вы находитесь в отделении акушерства и гинекологии. Эти вопросы помогут нам гарантировать лучшее обслуживание. Просим Вас ответить с максимальной точностью.

Nome/имя	
Cognome/фамилия	
Data di nascita/дата рождения	
Luogo di nascita/место рождения	

DONNA IN GRAVIDANZA

Беременная женщина

GRAVIDANZE PRECEDENTI	Предыдущие беременности
<input type="checkbox"/> sì <input type="checkbox"/> no	<input type="checkbox"/> Да <input type="checkbox"/> Нет
quante?...n°.....	Сколько?
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	Для каждой указать: <input type="checkbox"/> Самопроизвольный выкидыш <input type="checkbox"/> добровольное прерывание беременности <input type="checkbox"/> нормальная беременность <input type="checkbox"/> трудная беременность <input type="checkbox"/> естественные роды <input type="checkbox"/> Кесарево сечение
anno di nascita del bambino.....	год рождения ребёнка
peso alla nascita del bambino.....	Вес ребёнка при рождении
condizioni del bambino dopo la nascita 1. _____ 2. _____ 3. _____ 4. _____	Состояние ребёнка после рождения 1. _____ 2. _____ 3. _____ 4. _____
GRAVIDANZA ATTUALE	Текущая беременность
ultima mestruazione _____	Последняя менструация _____
e' necessario visionare gli esami eseguiti	Необходимо предоставить выполненные анализы
e' necessario conoscere la terapia in corso	Необходимо предоставить текущее лечение
se non ha effettuato esami: PERCHÉ?	Если Вы не сдали анализы, указать по какой причине?
ha mai avuto problemi in questa gravidanza? <input type="checkbox"/> SI <input type="checkbox"/> NO	Были ли какие-либо проблемы в текущей беременности? <input type="checkbox"/> Да <input type="checkbox"/> Нет
<input type="checkbox"/> minaccia di aborto	<input type="checkbox"/> Угроза выкидыша
<input type="checkbox"/> parto prematuro	<input type="checkbox"/> Преждевременные роды
<input type="checkbox"/> diabete	<input type="checkbox"/> Диабет
<input type="checkbox"/> pressione alta	<input type="checkbox"/> Высокое давление
<input type="checkbox"/> altro	<input type="checkbox"/> Иное

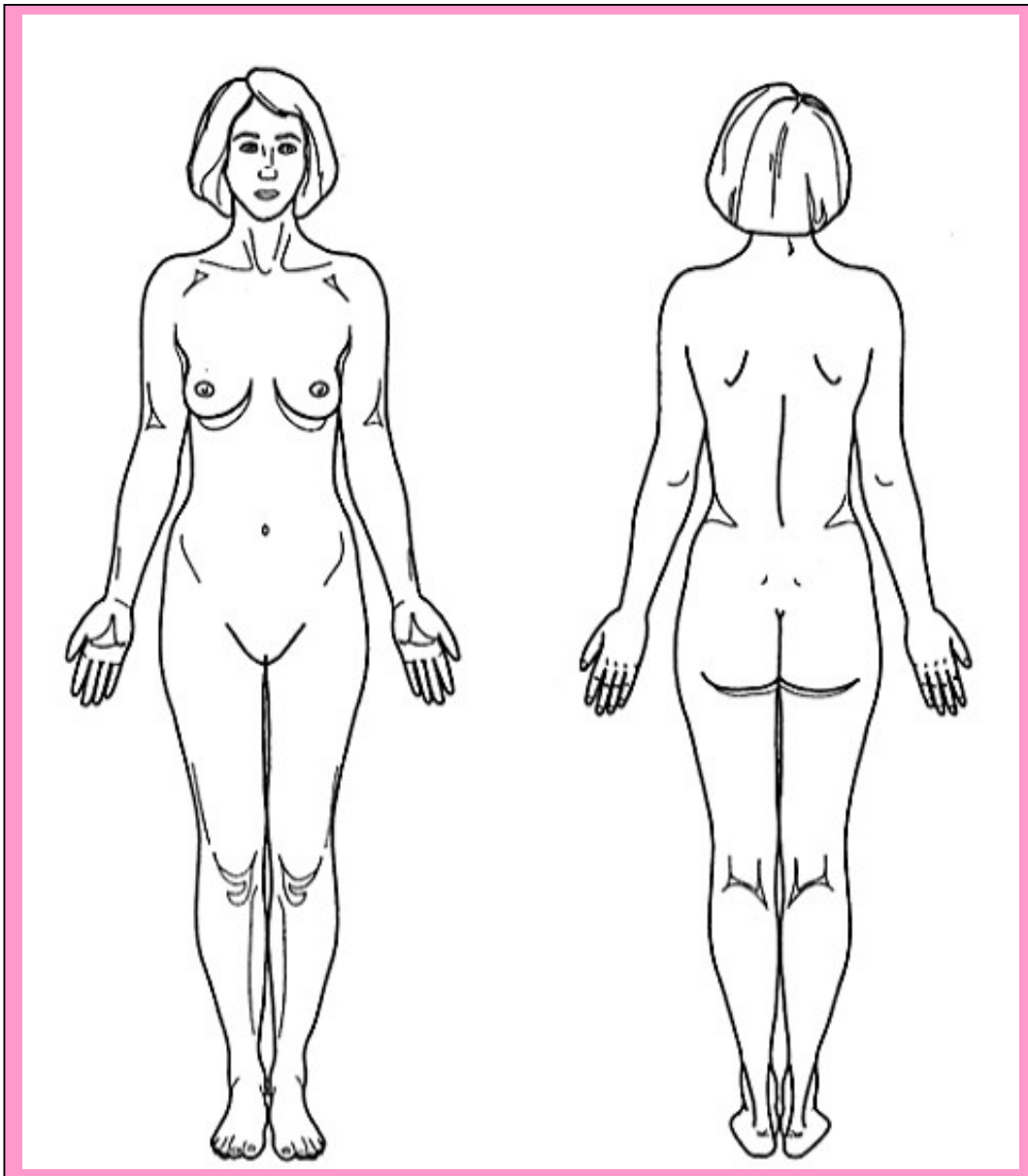
e' mai stata ricoverata in questa gravidanza <input type="checkbox"/> SI <input type="checkbox"/> NO se si dovremmo vedere la lettera di dimissione	Были ли Вы госпитализированы в течение этой беременности? <input type="checkbox"/> Да <input type="checkbox"/> Нет Если да, то необходимо предъявить выписку
chi la segue in gravidanza?	Кто Вас наблюдает в период беременности?
peso iniziale peso attuale _____ kg _____ kg	Начальный вес вес в данный период _____ kg _____ kg
PROBLEMI GINECOLOGICI	Гинекологические проблемы
<input type="checkbox"/> pregressi interventi ginecologici ed indicazioni	<input type="checkbox"/> предыдущие гинекологические вмешательства и предписания к ним
<input type="checkbox"/> pregresse vaginiti recidivanti	<input type="checkbox"/> предыдущие повторные вагиниты
data ultimo PAP-test: eseguito:.....	Дата последнего пап-теста (цитологического анализа):
risposta: <input type="checkbox"/> normale <input type="checkbox"/> alterato	Результат : <input type="checkbox"/> норма <input type="checkbox"/> отклонение
è possibile visionare il PAP-test	Возможно проведение пап-теста

(Гипертензия) (IPERTENSIONE)	<input type="checkbox"/> Да (si)	<input type="checkbox"/> Нет (no)
Другие заболевания сердца (altre malattie cardiovascolari)		
Диабет (diabete)	<input type="checkbox"/> Да (si)	<input type="checkbox"/> Нет (no)
Бронхо-легочные заболевания (malattie broncopolmonari)	<input type="checkbox"/> Да (si)	<input type="checkbox"/> Нет (no)
Предыдущие инфекционные заболевания (malattie infettive pregresse)	<input type="checkbox"/> Да (si)	<input type="checkbox"/> Нет (no)
депрессивные явления в прошлом (precedenti di ansietà e depressione)	<input type="checkbox"/> Да (si)	<input type="checkbox"/> Нет (no)
Желудочно-кишечные заболевания (malattie gastrointestinali)	<input type="checkbox"/> Да (si)	<input type="checkbox"/> Нет (no)
дерматиты (кожные заболевания) (dermatiti)	<input type="checkbox"/> Да (si)	<input type="checkbox"/> Нет (no)
патология щитовидной железы (patologie tiroidee)	<input type="checkbox"/> Гипертиреоз...2 (ipotiroidismo) <input type="checkbox"/> гипертиреоз...1 (ipertiroidismo)	<input type="checkbox"/> Да (si) <input type="checkbox"/> Нет (no)
Другие заболевания (ALTRE MALATTIE) указать (SPECIFICARE) _____	<input type="checkbox"/> Да (si)	<input type="checkbox"/> Нет (no)
предыдущие хирургические вмешательства (pregressi interventi chirurgici) указать (specificare) _____	<input type="checkbox"/> Да (si)	<input type="checkbox"/> Нет (no)
Аллергии (allergie) указать (specificare) _____	<input type="checkbox"/> Да (si)	<input type="checkbox"/> Нет (no)
госпитализация в прошлом (ricoveri ospedalieri)	<input type="checkbox"/> Да (si)	<input type="checkbox"/> Нет (no)

Принимаете лекарства? (assume farmaci ?)

прогестерон (PROGESTERONE) <input type="checkbox"/> Да (si) <input type="checkbox"/> Нет (no)	фолиевая кислота (ACIDO FOLICO) <input type="checkbox"/> Да (si) <input type="checkbox"/> Нет (no)
Миорелаксанты (миолен, вазосуприн) MIORILASSANTI (miolene/vasosuprine) <input type="checkbox"/> Да (si) <input type="checkbox"/> Нет (no)	мультивитамины (multivitaminici) <input type="checkbox"/> Да (si) <input type="checkbox"/> Нет (no)
антигипертензивные средства (ANTI-IPERTENSIVI) <input type="checkbox"/> Да (si) <input type="checkbox"/> Нет (no)	железо (ferro) <input type="checkbox"/> Да (si) <input type="checkbox"/> Нет (no)
HEPARINE (eбpm) препараты гепарина <input type="checkbox"/> Да (si) <input type="checkbox"/> Нет (no)	тахипирин (tachipirina) <input type="checkbox"/> Да (si) <input type="checkbox"/> Нет (no)
антибиотики (antibiotici) <input type="checkbox"/> Да (si) <input type="checkbox"/> Нет (no)	перечислить (specificare)
прививки в период беременности (vaccinazioni in gravidanza) 	Другие медикаменты (altri farmaci)

ITALIANO	Русский
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	Испытываете боль? <input type="checkbox"/> Да <input type="checkbox"/> Нет Опишите, что Вы чувствуете: <input type="checkbox"/> слабость <input type="checkbox"/> тревога <input type="checkbox"/> тошнота <input type="checkbox"/> ничего из перечисленного
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	Боль сильная? <input type="checkbox"/> Нет <input type="checkbox"/> Если да, то насколько? Выразите шкалой от 1 до 10, где 1- мин, 10- макс 1 2 3 4 5 6 7 8 9 10 Боль ? <input type="checkbox"/> постоянная <input type="checkbox"/> прерывистая
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	Как долго длится? <input type="checkbox"/> Около часа <input type="checkbox"/> N°.....часов <input type="checkbox"/> Около дня <input type="checkbox"/> Около недели
QUANTO DURA?..... OGNI QUANTO TEMPO VIENE?.....	Сколько длится боль ?..... Как часто возобновляется ?.....
E' LA PRIMA VOLTA CHE HAI QUESTO DOLORE? <input type="checkbox"/> SI <input type="checkbox"/> NO	Это первый случай такой боли? <input type="checkbox"/> Да <input type="checkbox"/> Нет
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	В момент, когда Вы почувствовали боль, чем были заняты?(один или больше ответов) <input type="checkbox"/> Отдыхала <input type="checkbox"/> Работала физически <input type="checkbox"/> Принимала пищу <input type="checkbox"/> Была взволнована <input type="checkbox"/> Момент мочеиспускания <input type="checkbox"/> Момент дефекации <input type="checkbox"/> При рвоте <input type="checkbox"/> При кашле <input type="checkbox"/> В момент полового акта
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)	В связи с этим наблюдается ли кровь? <input type="checkbox"/> Да <input type="checkbox"/> Нет <input type="checkbox"/> насыщено красная <input type="checkbox"/> темно-красная <input type="checkbox"/> бордово-коричневая <input type="checkbox"/> немного <input type="checkbox"/> как при менструации <input type="checkbox"/> обильнее, чем при менструации Появилась вместе с болью? <input type="checkbox"/> Да <input type="checkbox"/> Нет Сколько времени это наблюдается? (часы, дни, недели).....
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 QUANTO TEMPO LE HAI? (ORE/GIORNI/SETTIMANE)	В связи с этим наблюдаются выделения в виде иждкости? <input type="checkbox"/> Прозрачные <input type="checkbox"/> жёлтые <input type="checkbox"/> коричневые <input type="checkbox"/> зелёные <input type="checkbox"/> без запаха <input type="checkbox"/> зловонные <input type="checkbox"/> скудные <input type="checkbox"/> обильные Выделения появились вместе с болью? <input type="checkbox"/> Да <input type="checkbox"/> Нет Как давно появились? (Часы/ дни/ недели)



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

Укажите, где чувствуете боль и куда отдаёт.
Используйте рисунок или укажите на себе.

Другие симптомы (ALTRI SINTOMI):

ITALIANO	Русский
HAI FEBBRE? <input type="checkbox"/> SI <input type="checkbox"/> NO	<i>Температура повышена?</i> <input type="checkbox"/> Да <input type="checkbox"/> Нет
FAI FATICA A RESPIRARE? <input type="checkbox"/> SI <input type="checkbox"/> NO	<i>Тяжело дышать?</i> <input type="checkbox"/> Да <input type="checkbox"/> Нет
HAI AVUTO TOSSE CON CATARRO? <input type="checkbox"/> SI <input type="checkbox"/> NO	<i>Наблюдается кашель с мокротой?</i> <input type="checkbox"/> Да <input type="checkbox"/> Нет
TI SI GONFIANO I PIEDI O LE MANI? <input type="checkbox"/> SI <input type="checkbox"/> NO	<i>Опухают ноги или руки?</i> <input type="checkbox"/> Да <input type="checkbox"/> Нет
HAI VERTIGINI? <input type="checkbox"/> SI <input type="checkbox"/> NO	<i>Головокружение?</i> <input type="checkbox"/> Да <input type="checkbox"/> Нет
HAI DISTURBI UDITIVI? <input type="checkbox"/> SI <input type="checkbox"/> NO	<i>Беспокойства, связанные со слухом?</i> <input type="checkbox"/> Да <input type="checkbox"/> Нет
HAI DISTURBI VISIVI? <input type="checkbox"/> SI <input type="checkbox"/> NO	<i>Беспокойства, связанные со зрением?</i> <input type="checkbox"/> Да <input type="checkbox"/> Нет
HAI CEFALEA? <input type="checkbox"/> SI <input type="checkbox"/> NO	<i>Головная боль?</i> <input type="checkbox"/> Да <input type="checkbox"/> Нет
HAI AVUTO VOMITO? <input type="checkbox"/> NO <input type="checkbox"/> SI <input type="checkbox"/> CIBO <input type="checkbox"/> LIQUIDI <input type="checkbox"/> SANGUE <input type="checkbox"/> BILE	<i>Наблюдались рвота?</i> <input type="checkbox"/> Нет <input type="checkbox"/> Да <input type="checkbox"/> Едой <input type="checkbox"/> Жидкостью <input type="checkbox"/> Кровью <input type="checkbox"/> Желчью
HAI AVUTO NAUSEA? <input type="checkbox"/> SI <input type="checkbox"/> NO	<i>Наблюдались тошнота?</i> <input type="checkbox"/> Да <input type="checkbox"/> Нет
HAI DEFECATO REGOLARMENTE? <input type="checkbox"/> SI <input type="checkbox"/> NO <input type="checkbox"/> STIPSI <input type="checkbox"/> DIARREA	<i>Испражняетесь регулярно?</i> <input type="checkbox"/> Да <input type="checkbox"/> Нет <input type="checkbox"/> Запор <input type="checkbox"/> Диаррея
HAI URINATO REGOLARMENTE? <input type="checkbox"/> SI <input type="checkbox"/> NO <input type="checkbox"/> CON BRUCIORE <input type="checkbox"/> CON DIFFICOLTA'	<i>Мочеиспускание регулярное?</i> <input type="checkbox"/> Да <input type="checkbox"/> Нет <input type="checkbox"/> С жжением <input type="checkbox"/> С затруднением

Нахождение беременных женщин в отделении скорой помощи в связи с тра
ACCESSO IN PRONTO SOCCORSO PER TRAUMA IN GRAVIDANZA

ITALIANO	Русский
<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 NECESSARIA <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>Произошло дорожно-транспортное происшествие? <input type="checkbox"/> Да <input type="checkbox"/> Нет</p> <p>За рулём находились Вы? Да <input type="checkbox"/> Нет <input type="checkbox"/></p> <p>Локализация травмы. Используйте предыдущий рисунок и укажите зону повреждения.</p> <p>Укажите части тела со следами ушибов Если наблюдается затруднение движения в суставах, указать, где именно.</p> <p>Вы подверглись сексуальному насилию? <input type="checkbox"/> Да <input type="checkbox"/> Нет</p> <p>Вы подверглись нападению? <input type="checkbox"/> Да <input type="checkbox"/> Нет</p> <p>Как Вы себя чувствуете? <input type="checkbox"/> Лучше <input type="checkbox"/> Хуже <input type="checkbox"/> Как и прежде</p> <p>Сейчас мы проведём некоторое обследование: <input type="checkbox"/> гинекологический осмотр <input type="checkbox"/> эхографию <input type="checkbox"/> электрокардиографию пло <input type="checkbox"/> анализы крови</p> <p>Мы Вам советуем: <input type="checkbox"/> госпитализацию с целью наблюдения <input type="checkbox"/> госпитализацию с целью лучшего обследования <input type="checkbox"/> госпитализацию с целью оказания лечения <input type="checkbox"/> направить домой с некоторыми предписаниями <input type="checkbox"/> перенаправить в больницу, специализированную по данной проблеме.</p>

Нахождение в отделении скорой помощи в послеродовый период.
(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>Наблюдаются кровяные выделения:</p> <ul style="list-style-type: none"> <input type="checkbox"/> обильные <input type="checkbox"/> зловонные
<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>Испытываете боль:</p> <ul style="list-style-type: none"> <input type="checkbox"/> в зоне Кесарева сечения <input type="checkbox"/> в зоне вульвовагинального шва
<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>Проблемы с кормлением грудью:</p> <ul style="list-style-type: none"> <input type="checkbox"/> болезненность молочной железы <input type="checkbox"/> покраснение молочной железы <input type="checkbox"/> слишком наполненная грудь, опорожняющаяся с трудом <input type="checkbox"/> подмышечная область опухшая болезненная
<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>Средства помощи против боли в зоне вульвовагинального шва:</p> <ul style="list-style-type: none"> <input type="checkbox"/> «круп» <input type="checkbox"/> лёд <input type="checkbox"/> компрессы с водой и хлоргексидином
<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>Средства помощи при проблеме с грудью:</p> <ul style="list-style-type: none"> <input type="checkbox"/> парацетамол против боли и/или жара <input type="checkbox"/> тёплые влажные обёртывания (с целью облегчения опорожнения груди) <input type="checkbox"/> творог с целью устранения застойных явлений и уменьшения боли. <input type="checkbox"/> Приложить ребёнка к груди против застойных явлений. <input type="checkbox"/> При высокой температуре не контролировать её в подмышечной области.