



SPAGNOLO

ESPAÑOL

Scheda MULTILINGUE  
per le pazienti straniereCuestionario MULTILINGÜE  
para pacientes extranjeros

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.  
*Estimada señora, en estos momentos usted se encuentra en la seccion de obstetricia y ginecologia. Las siguientes preguntas son necesarias para entregarle una mejor asistencia. Le pedimos responder al cuestionario con la mayor precision posible.*

Nome/Nombre

Cognome/Apellido

Data di nascita/Fecha de nacimiento

Luogo di nascita/Lugar de nacimiento

**DONNA IN GRAVIDANZA****MUJER EMBARAZADA****GRAVIDANZE PRECEDENTI****EMBARAZOS ANTERIORES** sì  no sì  no

quante?...n°.....

cuantos? n°.....

di ognuna indicare:

 aborto spontaneo interruzione di gravidanza gravidanza normale  con patologie parto naturale  taglio cesareo

de cada uno indique:

 abortos espontaneos interrupcion del embarazo embarazo normal embarazo con enfermedad parto normal  cesaria

anno di nascita del bambino.....

año de nacimiento del niño .....

peso alla nascita del bambino.....

peso del niño al nacer .....

condizioni del bambino dopo la nascita

condiciones del niño después del nacimiento

1. \_\_\_\_\_

1. \_\_\_\_\_

2. \_\_\_\_\_

2. \_\_\_\_\_

3. \_\_\_\_\_

3. \_\_\_\_\_

4. \_\_\_\_\_

4. \_\_\_\_\_

**GRAVIDANZA ATTUALE****ACTUAL EMBARAZO**

ultima mestruazione \_\_\_\_\_

fecha de la última menstruación \_\_\_\_\_

e' necessario visionare gli esami eseguiti

es necesario ver los exámenes efectuados

e' necessario conoscere la terapia in corso

es necesario conocer las actuales terapias

se non ha effettuato esami: PERCHÉ?

si usted no ha efectuado exámenes: POR QUE?

ha mai avuto problemi in questa gravidanza?

ha tenido Usted algún problema en este embarazo?

 SI  NO SI  NO minaccia di aborto peligro de aborto parto prematuro parto prematuro diabete diabetes pressione alta presión alta altro otros problemas .....

e' mai stata ricoverata in questa gravidanza <input type="checkbox"/> SI <input type="checkbox"/> NO	ha sido Usted ingresada en alguna ocacion en el hospital en este embarazo? <input type="checkbox"/> si <input type="checkbox"/> NO
se si dovremmo vedere la lettera di dimissione	en caso de respuesta afirmativa sera necesario ver la carta de dimision del hospital
chi la segue in gravidanza?	quien la controla en el embarazo?
peso iniziale      peso attuale _____ kg      _____ kg	cuàl era su peso initial      su peso actual _____ kg      _____ kg
<b>PROBLEMI GINECOLOGICI</b>	<b>PROBLEMAS GINECOLOGICOS</b>
<input type="checkbox"/> pregressi interventi ginecologici ed indicazioni	<input type="checkbox"/> anteriores intervenciones ginecològicas e indicaciones
<input type="checkbox"/> pregresse vaginiti recidivanti	<input type="checkbox"/> anteriores vaginitis recurrentes
data ultimo PAP-test: eseguito:.....	fecha del ultimo examen Papanicolau: .....
risposta: <input type="checkbox"/> normale <input type="checkbox"/> alterato	resultado: <input type="checkbox"/> normal <input type="checkbox"/> alterado
è possibile visionare il PAP-test	es posible ver el examen del Papanicolau?

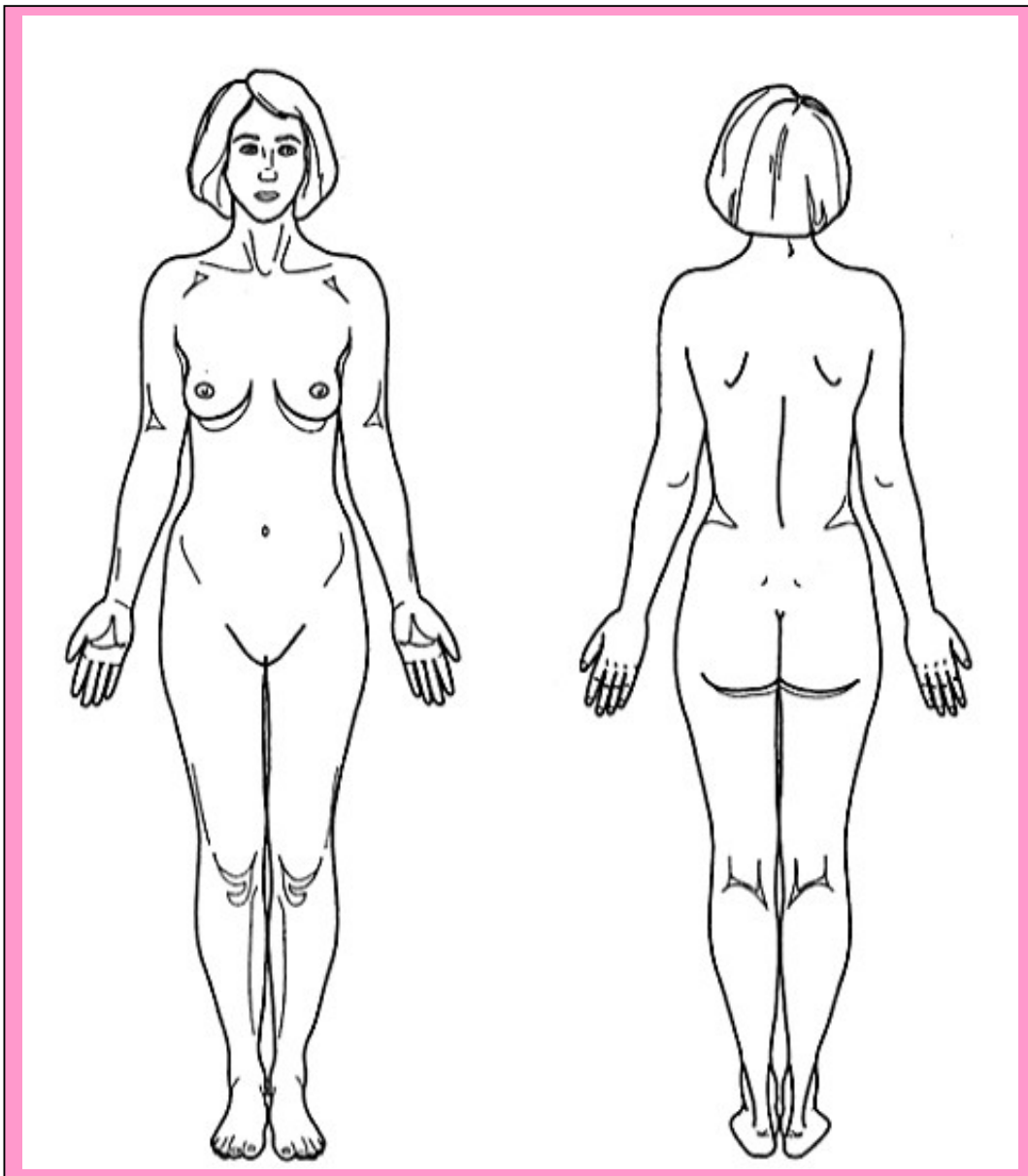
HIPERTENSION (IPERTENSIONE)	<input type="checkbox"/> si	<input type="checkbox"/> no
OTRAS ENFERMEDADES CARDIOVASCULARES (ALTRE MALATTIE CARDIOVASCOLARI) ..... .....		
DIABETES (DIABETE)	<input type="checkbox"/> si	<input type="checkbox"/> no
ENFERMEDADES DE BRONQUIOS Y PULMONES (MALATTIE BRONCOPOLMONARI)	<input type="checkbox"/> si	<input type="checkbox"/> no
ENFERMEDADES INFECCIOSAS ANTERIORES (MALATTIE INFETTIVE PREGRESSE)	<input type="checkbox"/> si	<input type="checkbox"/> no
PRECEDENTES DE ANSIEDAD O DEPRESION (PRECEDENTI DI ANSIETA E DEPRESSIONE)	<input type="checkbox"/> si	<input type="checkbox"/> no
ENFERMEDADES GASTROINTESTINALES (MALATTIE GASTROINTESTINALI)	<input type="checkbox"/> si	<input type="checkbox"/> no
DERMATITIS (DERMATITI)	<input type="checkbox"/> si	<input type="checkbox"/> no
PATOLOGIAS DE LA TIROIDES (PATOLOGIE TIROIDEE)	<input type="checkbox"/> HIPOTIROIDISMO (Ipotiroidismo) <input type="checkbox"/> HIPERTIROIDISMO (Ipertiroidismo)	<input type="checkbox"/> si <input type="checkbox"/> no
OTRAS ENFERMEDADES (ALTRE MALATTIE) ESPECIFICAR (SPECIFICARE) _____	<input type="checkbox"/> si	<input type="checkbox"/> no
ANTERIORES INTERVENCIONES QUIRURGICAS (PREGRESI INTERVENTI CHIRURGICI) ESPECIFICAR (SPECIFICARE) _____	<input type="checkbox"/> si	<input type="checkbox"/> no
ALERGIAS (ALLERGIE) ESPECIFICAR (SPECIFICARE) _____	<input type="checkbox"/> si	<input type="checkbox"/> no
HOSPITALIZACIONES (RICOVERI OSPEDALIERI)	<input type="checkbox"/> si	<input type="checkbox"/> no



ACCESSO IN PRONTO SOCCORSO

ACCESO AL SERVICIO DE URGENCIA POR EMBARAZO

ITALIANO	ESPAÑOL
<p>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</p>	<p>SIENTE USTED DOLORES?  <input type="checkbox"/> SI  <input type="checkbox"/> NO                      EXPLIQUE USTED COMO SE SIENTE:  <input type="checkbox"/> DEBIL  <input type="checkbox"/> ANSIOSA  <input type="checkbox"/> TIENE NAUSEA  <input type="checkbox"/> NINGUNO DE LOS SINTOMAS DESCRITOS</p>
<p>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</p>	<p>EL DOLOR ES FUERTE?  <input type="checkbox"/> NO  <input type="checkbox"/> SI, CUANTO?                      CUANTIFIE EL DOLOR DE 1 A 10 EN DONDE 1 ES EL                      MINIMO Y 10 EL MAXIMO                      1 2 3 4 5 6 7 8 9 10                      COMO ES EL DOLOR?  <input type="checkbox"/> CONTINUO  <input type="checkbox"/> CON INTERRUPCIONES</p>
<p>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</p>	<p>DESDE HACE CUANTO TIEMPO SIENTE DOLOR?  <input type="checkbox"/> DESDE HACE 1 HORA  <input type="checkbox"/> DESDE HACE ..... HORAS  <input type="checkbox"/> DESDE HACE UN DIA  <input type="checkbox"/> DESDE HACE UNA SEMANA</p>
<p>QUANTO DURA?.....                      OGNI QUANTO TEMPO VIENE?.....</p>	<p>CUANTO TIEMPO DURAN LOS DOLORES? .....                      CADA CUANTO TIEMPO SE REPITEN LOS DOLORES?                      .....</p>
<p>E' LA PRIMA VOLTA CHE HAI QUESTO DOLORE?  <input type="checkbox"/> SI  <input type="checkbox"/> NO</p>	<p>ES LA PRIMERA VEZ QUE TIENE ESTE DOLOR?  <input type="checkbox"/> SI  <input type="checkbox"/> NO</p>
<p>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</p>	<p>CUANDO COMENZO EL DOLOR, QUE ESTUVO USTED                      HACIENDO? (UNA O MAS RESPUESTAS)  <input type="checkbox"/> DECANSANDO  <input type="checkbox"/> TRABAJANDO (TRABAJO MANUAL)  <input type="checkbox"/> COMIENDO  <input type="checkbox"/> SUFRI UN EMOCION FUERTE  <input type="checkbox"/> ORINANDO  <input type="checkbox"/> HACIENDO LA DEPOSICION  <input type="checkbox"/> VOMITANDO  <input type="checkbox"/> TOSIENDO  <input type="checkbox"/> TENIENDO UNA RELACION SEXUAL</p>
<p>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) .....</p>	<p>SE PRESENTARON PERDIDAS DE SANGRE VAGINAL?  <input type="checkbox"/> SI <input type="checkbox"/> NO  <input type="checkbox"/> ROJO VIVO <input type="checkbox"/> ROJO OSCURO <input type="checkbox"/> CAFÉS  <input type="checkbox"/> POCAS <input type="checkbox"/> COMO UNA MENSTRUACIÓN  <input type="checkbox"/> MAS QUE UN MENSTRUACION                      APARECIERON LAS PERDIDAS CON EL DOLOR?  <input type="checkbox"/> SI <input type="checkbox"/> NO                      DESDE HACE CUANTO TIEMPO TIENE LAS PERDIDAS?                      (HORAS/DIAS/SEMANAS).....</p>
<p>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) .....</p>	<p>SON ASOCIADAS PERDIDAS DE LIQUIDO VAGINAL?  <input type="checkbox"/> TRANSPARENTES <input type="checkbox"/> AMARILLAS  <input type="checkbox"/> CAFES <input type="checkbox"/> VERDES  <input type="checkbox"/> INODORAS <input type="checkbox"/> PESTILENTES  <input type="checkbox"/> POCAS <input type="checkbox"/> ABUNDANTES                      LAS PERDIDAS APARECIERON CON EL DOLOR?  <input type="checkbox"/> SÌ <input type="checkbox"/> NO                      DESDE HACE CUANTO TIEMPO LAS TIENE?                      (HORAS/DIAS/SEMANAS).....</p>



MOSTRAMI DOVE SENTI DOLORE E DOVE SI ESTENDE.

Utilizza il disegno o fammi vedere sul tuo corpo.

MUESTRE DONDE SIENTE DOLOR Y DONDE SE EXTIENDE

Utilice el diseño o hágalo ver en su cuerpo.

OTROS SINTOMAS (ALTRI SINTOMI):

ITALIANO	ESPAÑOL
<p>HAI FEBBRE?</p> <p><input type="checkbox"/> SÌ</p> <p><input type="checkbox"/> NO</p>	<p><i>TIENE FIEBRE?</i></p> <p><input type="checkbox"/> SÌ</p> <p><input type="checkbox"/> NO</p>
<p>FAI FATICA A RESPIRARE?</p> <p><input type="checkbox"/> SÌ</p> <p><input type="checkbox"/> NO</p>	<p><i>TIENE DIFICULTAD PARA RESPIRAR?</i></p> <p><input type="checkbox"/> SÌ</p> <p><input type="checkbox"/> NO</p>
<p>HAI AVUTO TOSSE CON CATARRO?</p> <p><input type="checkbox"/> SÌ</p> <p><input type="checkbox"/> NO</p>	<p><i>HA TENIDO TOS CON FLEMA?</i></p> <p><input type="checkbox"/> SÌ</p> <p><input type="checkbox"/> NO</p>
<p>TI SI GONFIANO I PIEDI O LE MANI?</p> <p><input type="checkbox"/> SÌ</p> <p><input type="checkbox"/> NO</p>	<p><i>SE LE HINCHAN LOS PIES Y LAS MANOS?</i></p> <p><input type="checkbox"/> SÌ</p> <p><input type="checkbox"/> NO</p>
<p>HAI VERTIGINI?</p> <p><input type="checkbox"/> SÌ</p> <p><input type="checkbox"/> NO</p>	<p><i>TIENE MAREOS?</i></p> <p><input type="checkbox"/> SÌ</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><i>TIENE PROBLEMAS AUDITIVOS?</i></p> <p><input type="checkbox"/> SÌ</p> <p><input type="checkbox"/> NO</p>
<p>HAI DISTURBI VISIVI?</p> <p><input type="checkbox"/> SÌ</p> <p><input type="checkbox"/> NO</p>	<p><i>TIENE DISTURBIOS VISIVOS?</i></p> <p><input type="checkbox"/> SÌ</p> <p><input type="checkbox"/> NO</p>
<p>HAI CEFALEA?</p> <p><input type="checkbox"/> SÌ</p> <p><input type="checkbox"/> NO</p>	<p><i>TIENE DOLOR DE CABEZA?</i></p> <p><input type="checkbox"/> SÌ</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><i>HA TENIDO VOMITO?</i></p> <p><input type="checkbox"/> NO</p> <p><input type="checkbox"/> SÌ</p> <p><input type="checkbox"/> ALIMENTOS</p> <p><input type="checkbox"/> LIQUIDOS</p> <p><input type="checkbox"/> SANGRE</p> <p><input type="checkbox"/> BILIS</p>
<p>HAI AVUTO NAUSEA?</p> <p><input type="checkbox"/> SÌ</p> <p><input type="checkbox"/> NO</p>	<p><i>HA TENIDO NAUSEA?</i></p> <p><input type="checkbox"/> SÌ</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><i>HA TENIDO DEPOSICION REGULAR?</i></p> <p><input type="checkbox"/> SÌ</p> <p><input type="checkbox"/> NO</p> <p><input type="checkbox"/> ESTRENIMIENTO</p> <p><input type="checkbox"/> DIARREA</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><i>HA ORINADO REGOLARMENTE?</i></p> <p><input type="checkbox"/> SÌ</p> <p><input type="checkbox"/> NO</p> <p><input type="checkbox"/> CON ARDOR</p> <p><input type="checkbox"/> CON DIFICULTAD</p>

ACCESSO EN EMERGENCIA POR TRAUMATISMO EN EL EMBARAZO  
 ACCESSO IN PRONTO SOCCORSO PER TRAUMA IN GRAVIDANZA

ITALIANO	ESPAÑOL
<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>HA TENIDO UN ACCIDENTE DE TRANSITO?  <input type="checkbox"/> SI <input type="checkbox"/> NO</p> <p>STED CONDUCIBA? SI <input type="checkbox"/> NO <input type="checkbox"/></p> <p>DONDE RECIBIO EL GOLPE?              UTILIZE LA IMAGEN PARA INDICAR EL PUNTO.</p>
<p>INDICA QUALI SONO LE PARTI DEL CORPO CONTUSE.              SE HAI ARTICOLAZIONI CON RIDOTTA MOBILITÀ, INDICA QUALI.</p>	<p>INDIQUE LAS PARTES DEL CUERPO GOLPEADAS.              SI TIENE ARTICULACIONES CON MOVILIDAD REDUCIDA INDIQUE CUALES SON</p>
<p>HAI SUBITO VIOLENZA SESSUALE?  <input type="checkbox"/> SI <input type="checkbox"/> NO</p>	<p>HA SUFRIDO VIOLENCIA SEXUAL?  <input type="checkbox"/> SI <input type="checkbox"/> NO</p>
<p>HAI AVUTO UNA AGGRESSIONE ?  <input type="checkbox"/> SI <input type="checkbox"/> NO</p>	<p>HA SUFRIDO UNA AGRESION?  <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>COMO SE SIENTE?  <input type="checkbox"/> MEJOR  <input type="checkbox"/> PEOR  <input type="checkbox"/> COMO ANTES</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>AHORA SE REALIZARAN ALGUNOS EXAMENES:  <input type="checkbox"/> EXAMEN OBSTETRICO-VAGINAL  <input type="checkbox"/> ECOGRAFIA  <input type="checkbox"/> CARDIOTOCOGRAFIA  <input type="checkbox"/> EXAMEN DE SANGRE</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>NOSOTROS LE PROPONEMOS:  <input type="checkbox"/> HOSPITALIZACION EN OBSERVACION  <input type="checkbox"/> HOSPITALIZACIÓN PARA COMPLETAR LOS EXÀMENES  <input type="checkbox"/> HOSPITALIZACION PARA COMPLETAR TERAPIAS NECESARIAS  <input type="checkbox"/> RETORNO A CAS CON ALGUNAS INDICACIONES  <input type="checkbox"/> TRANSFERIMENTO A UN HOSPITAL ADECUADO PARA RESOLVER EL PROBLEMAQUE SE HA PRESENTADO.</p>

ACCESSO A EMERGENCIA POR UN PROBLEMA EN EL PUERPERIO  
(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>TIENE PÉRDIDAS DE SANGRE?</p> <ul style="list-style-type: none"> <li><input type="checkbox"/> ABUNDANTES</li> <li><input type="checkbox"/> CON MAL OLOR</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>TIENE DOLOR?</p> <ul style="list-style-type: none"> <li><input type="checkbox"/> EN EL SITIO DE LA CESARIA</li> <li><input type="checkbox"/> EN EL SITIO DE LA SUTURA VULVO-VAGINAL</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>TIENE PROBLEMAS DE LACTANCIA?</p> <ul style="list-style-type: none"> <li><input type="checkbox"/> DOLOR EN LA MAMA</li> <li><input type="checkbox"/> ENROJECIMIENTO DE LA MAMA</li> <li><input type="checkbox"/> SENO DEMASIADO LLENO Y SE VACÌA CON DIFICULTAD</li> <li><input type="checkbox"/> ZONA AXILAR HINCHADA Y CON DOLORES</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>REMEDIOS PARA LA SUTURA VULVO-VAGINAL</p> <ul style="list-style-type: none"> <li><input type="checkbox"/> BOYA PARA SENTARSE</li> <li><input type="checkbox"/> HIELO</li> <li><input type="checkbox"/> COMPRESAS DE AGUA Y CLOROXIDINA</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 TEMPERATURA ALTA NON CONTROLLARLA ALL'ASCELLA</li> </ul>	<p>REMEDIOS PARA LOS PROBLEMAS DEL SENO</p> <ul style="list-style-type: none"> <li><input type="checkbox"/> PARACETAMOL PARA EL DOLOR Y LA FIEBRE</li> <li><input type="checkbox"/> COMPRESAS CALIENTES Y HUMEDAS EN EL SENO, DONDE HAY CONGESTION</li> <li><input type="checkbox"/> RICOTTA PARA DESCONGESTIONAR Y REDUCIR EL DOLOR</li> <li><input type="checkbox"/> PONER AL BEBÈ CON EL LABIO INFERIOR CONTRA LA ZONA HINCHADA POR EL CÙMULO DE LECHE MATERNA</li> <li><input type="checkbox"/> SI LA TEMPERATURA ES ALTA NO SE CONTROLA EN LA AXILA</li> </ul>