

**SCHEDA ACCOGLIENZA DEI PAZIENTI STRANIERI**  
FRANCESE-TEDESCO-INGLESE -SPAGNOLO

Rev 0.0 2024

<p>GENTILE SIGNORA/GENTILE SIGNORE, IN QUESTO MOMENTO LEI SI TROVA ..... DI..... QUESTE DOMANDE LE SONO RIVOLTE PER PRESTARLE UNA MIGLIORE ASSISTENZA, LA PREGHIAMO DI RISPONDERE CON LA MASSIMA PRECISIONE.</p>	<p>DEAR PATIENT, YOU ARE NOW IN ..... OF..... THE FOLLOWING QUESTIONS ARE MEANT TO HELP US IN PROVIDE THE BEST OF YOUR ASSISTANCE</p>
<p>ESTIMADO/A SEÑOR/SEÑORA EN ESTE MOMENTO USTED SE ENCUENTRA EN ..... DEL HOPITAL..... LAS PREGUNTAS QUE ENCONTRARA PARA CONOCER MEJOR SU SITUACION Y DARLE ASI LA MEJOR ASISTENCIA POSIBLE LE ROGAMOS QUE RESPONDA CON LA MAXIMA PRECISION.</p>	<p>CHER MONSIEUR/ CHERE MADAME EN CET MOMENT VOUS ETE A ..... ON .....VOUS POSE CETTE QUESTIONS POUR VOUS PRETER LA MEILLEURE ASSISTANCE POSSIBLE. ON VOUS PRIE DE REpondre AVEC UNE EXTREME PRECISION</p>
<p>SIE BEFINDEN SICH IN DER NOTHAUFNAHME DES ..... DIE FOLGENDEN FRAGEN SOLLEN HELFEN SIE GUT ZU VERSORGEN WIR BITEN SIE SO PREZISE WIE MOEGlich ZU BEANTWORTEN.</p>	

<p><b>COGNOME, NOME</b> - LAST NAME, FIRST NAME -NOM, PRENOM - APPELLIDO, NOMBRE, - NACHNAME NAME - .....</p>	<p><b>LUOGO DI NASCITA, STATO</b> - PLACE OF BIRTH,COUNTRY-LIEU DE NAISSANCE, NATIONALITE - LUGAR DE NACIMIENTO,PAIS - GEBURTSORT .....</p>
<p><b>DATA DI NASCITA</b> - DATE OF BIRTH - DATE DE NAISSANCE -FECHA DE NACIMIENTO - GEBURTSDATUM .....</p>	<p><b>DOMICILIO</b> - ADRESS - DOMICILE - DIRECCION - ANSCHRIFT - TÉLÉPHONE - TELEFON .....</p>
<p><b>DOBBIAMO AVVISARE DEI FAMILIARI?</b> SHALL WE CALL YOUR RELATIVES? DEVOUNS NOUS PREVENIR VOTRE FAMILLE? DEBEMOS AVISAR ALGÚN FAMILIAR? SOLLEN WIR IHRE FAMILIE BENACHNACHTEN?</p> <p> <input type="checkbox"/> SI    <input type="checkbox"/> NO  <input type="checkbox"/> YES    <input type="checkbox"/> NO  <input type="checkbox"/> OUI    <input type="checkbox"/> NON  <input type="checkbox"/> SI    <input type="checkbox"/> NO  <input type="checkbox"/> JA    <input type="checkbox"/> NEIN </p>	<p><b>GRUPPO SANGUIGNO E FATTORE RH</b> - BLOOD GROUP AND RH - GROUPE SANGUIN ET FACTEUR RH - GRUPO SANGUINEO Y FACTOR RH - BLUTGRUPPE UND RHESUSFAKTOR .....</p>
<p><b>ALLERGIE O INCOMPATIBILITÀ (FARMACOLOGICHE)</b> - ALLERGIES OR INCOMPATIBILITIES (DRUGS) - ALLERGIES OU INCOMPATIBILITÉS - ALERGIAS O INCOMPATIBILIDADES FARMACOLÓGICAS - ALLERGIEN ODER UNVERTRAGLICHKEITEN ..... .....</p>	
<p><b>GRAVIDANZA</b> - PREGNANCY - GROSESSE - EMBARAZO - SCHWANGERSCHAFT    <input type="checkbox"/> SI    <input type="checkbox"/> NO</p> <p> <input type="checkbox"/> I TRIMESTRE - 1 TER - 1TRIMESTRE - 1TRIMESTER - 1TRIMESTER  <input type="checkbox"/> II TRIMESTRE - 2TER - 2TRIMESTRE - 2TRIMESTR - 2TRIMESTER  <input type="checkbox"/> III TRIMESTRE - 3TER - 3TRIMESTRE - 3TRIMESTRE - 3 TRIMESTER </p>	

**SCHEDA ACCOGLIENZA DEI PAZIENTI STRANIERI**  
FRANCESE-TEDESCO-INGLESE -SPAGNOLO

Rev 0.0 2024

<b>PREGRESSO INFARTO DEL MIOCARDIO</b> - PREVIOUS MYOCARDIAL INFARCTION - ANTÉCÉDANTS D'INFARCTUS DU MYOCARDE - HISTORIA PREVIA DE INFARTO DE MIOCARDIO - ÜBERSTANDENER MYOKARDINFARKT	<input type="checkbox"/>	SI	<input type="checkbox"/>	NO
<b>ANGINA PECTORIS</b> - ANGINA PECTORIS - ANGINE DE POITRINE - ANGINA DE PECHO - ANGINA PECTORIS	<input type="checkbox"/>	SI	<input type="checkbox"/>	NO
<b>IPERTENSIONE</b> - HYPERTENSION - HYPERTENSION - HIPERTENSIÓN - BLUTHOCHDRUCK	<input type="checkbox"/>	SI	<input type="checkbox"/>	NO
<b>STIMOLATORE CARDIACO</b> - PACEMAKER - STIMULATEUR CARDIAQUE - MARCAPASOS - HERZSCHRITTMACHER	<input type="checkbox"/>	SI	<input type="checkbox"/>	NO
<b>ALTRE MALATTIE CARDIOVASCOLARI</b> - OTHER CARDIOVASCULAR DISEASES - AUTRES MALADIES CARDIOVASCULAIRES - OTRAS ENFERMEDADES CARDIOVASCULARES - ANDERE HERZKREISLAUFERKRANKUNGEN	.....			
<b>DIABETE</b> - DIABETES - DIABETE - DIABETES - DIABETES - DIABETES	<input type="checkbox"/>	SI	<input type="checkbox"/>	NO
<b>DIALISI</b> - DIALYSIS - TRAITEMENT PAR DIALYSE - DIALISIS - DIALYSEBEHANDLUNG	<input type="checkbox"/>	SI	<input type="checkbox"/>	NO
<b>MALATTIE BRONCOPOLMONARI</b> - BRONCHOPULMONARY DISEASES - MALADIES BRONCO-PULMONAIRES - ENFERMEDADES BRONCOPULMONARES - BRONCHIAL-LUNGEN-ERKRANKUNGEN	<input type="checkbox"/>	SI	<input type="checkbox"/>	NO
<b>MALATTIE INFETTIVE PREGRESSE</b> - PREVIOUS INFECTIOUS DISEASES - MALADIES INFECTIEUSES PASSEES - ENFERMENDADES INFECCIOSAS PASADAS - FRUHERE INFEKTERKRANKUNGEN	<input type="checkbox"/>	SI	<input type="checkbox"/>	NO
<b>PRECEDENTI DI ANSIETA E DEPRESSIONE</b> - PREVIOUS CASAE OF ANXIETY OR DEPRESSION - ANTECEDENTS D'ETATS D'ANXIETE ET DE DEPRESSIONS - DEPRESION Y ANSIEDAD EN PASADO - FUHERE ANGSTZUSTANDE ODER DEPRESSIONEN	<input type="checkbox"/>	SI	<input type="checkbox"/>	NO
<b>MALATTIE NEUROLOGICHE</b> - NEUROLOGICAL DEDEASE - MALATIES NEUROLOGIQUES - ENFERNMEDADES NEUROLOGICAS - NEUROLOGISCHE KRANKENHEITEN	<input type="checkbox"/>	SI	<input type="checkbox"/>	NO
<b>MALATTIE GASTROINTESTINALI</b> - GASTROINTESTINAL DESEASES - MALADIES GASTRO-INTESTINALES - ENFERMEDADES GASTROINTESTINALES - MAGEN UND DARMKRANKENHEITEN	<input type="checkbox"/>	SI	<input type="checkbox"/>	NO
<b>MALATTIE CUTANEE</b> - SKIN DISEASES - MALADIES CUTANEEES - ENFERMEDADES CUTANEA - HAUTKRANKENHEITEN	<input type="checkbox"/>	SI	<input type="checkbox"/>	NO
<b>RICOVERI OSPEDALIERI</b> - PREVIOUS HOSPITALIZATION - HOSPITALIZATIONS - HOSPITALIZACIONES - KRANKENHAUSAUFENHALTE	<input type="checkbox"/>	SI	<input type="checkbox"/>	NO
<b>ORGANO TRAPIANTATO</b> - TRASPLANET ORGAN - TRASPLANTATION D'ORGANE - TRASPLANTE DE ORGANO - TRANSPLANTAT	.....			
<b>TERAPIA IN ATTO</b> - MEDECINES BEING TAKEN - TRAITEMENT IN COURS - TRATAMIENTOS O MEDICINAS EN CURSO - DERZEITIGE TERAPE	.....			
<b>NOME DEI FARMACI</b> - NAME(S) OF DRUGS - NOM(S)DES MEDICAMENTS - NOMBRE DE LOS MEDICAMENTOS - NAMEN DER MEDIKAMENTE	.....			
<b>DATE DI ASSUNZIONE</b> - DATE(S)WHEN DRUGS WERE TAKEN - DATE(S)DE PRISE DES MEDICAMENTS - HURARIOS DE LAS MEDICINAS - UHRZEIT DER EINNAHME	.....			

**SCHEDA ACCOGLIENZA DEI PAZIENTI STRANIERI**  
FRANCESE-TEDESCO-INGLESE -SPAGNOLO

Rev 0.0 2024

<p><b>ANTICOAGULANTI</b> <input type="checkbox"/> SI <input type="checkbox"/> NO  ANTICOAGULANT  ANTICOAGULANTS  ANTICOAGULANTES  BLUTVERDUENNER</p>	<p><b>ANTIDIABETICI</b> <input type="checkbox"/> SI <input type="checkbox"/> NO  ANTIDIABETICS DRUGS  ANTIDIABETIQUES  ANTIDIABETICOS  ANTIDIABETICA</p>
<p><b>ANTIANGINOSI</b> <input type="checkbox"/> SI <input type="checkbox"/> NO  ANTIANGINAL DRUGS  ANTIDIANGINEUX  FÁRMACOS PARA LA ANGINA DE PECHO - MEDIKAMENTE FUER ANGINA</p>	<p><b>ANTIARITMICI</b> <input type="checkbox"/> SI <input type="checkbox"/> NO  ANTIARRHYTMIA DRUGS  ANTIARYTHMIQUES  ANTIARRITMICOS  ANTIARYTHMICA</p>
<p><b>ANTI-IPERTENSIVI</b> <input type="checkbox"/> SI <input type="checkbox"/> NO  ANTIHYPERTENSION DRUGS  ANTIHYPERTESEURS  ANTIHPERTENSIVOS  BLUTHOCHDRUCKMEDIKAMENTE</p>	<p><b>ANTICONVULSIVI</b> <input type="checkbox"/> SI <input type="checkbox"/> NO  ANTICONVULSANTS  ANTICONVULSIVANTS  ANTICONVULSIONANTES  ANTIPILEPTIKA</p>
<p><b>SALICILATI</b> <input type="checkbox"/> SI <input type="checkbox"/> NO  SALICYLATES  SALICILATES  SALICILATOS  SALICYLATE</p>	<p><b>ANTISTAMINICI</b> <input type="checkbox"/> SI <input type="checkbox"/> NO  ANTIHISTAMINES  ANTISTAMINIQUES  ANTIHISTAMINICOS  ANTIHYSTAMINIKA</p>
<p><b>IMMUNODEPRESSIVI</b> <input type="checkbox"/> SI <input type="checkbox"/> NO  IMMUNODEPRESSANT DRUGS  IMMUNODEPRESSEURS  MEDICACION  INMUNODEPRESIVOS  IMMUNOSUPPRESSOREN</p>	<p><b>ALTRI - OTHER - AUTRES - OTROS - SONSTIGE</b>  .....  .....  .....  .....</p>
<p><b>VACCINAZIONI DI BASE - STANDARD VACCINATIONS - VACCINATIONS PENDANT L'ENFANCE - VACUNACIÓN INFANTIL - SCHUTZIMPFUNGEN</b>  .....  .....  .....</p>	<p><b>TETANO - TETANUS - TÈTANOS</b> <input type="checkbox"/> SI <input type="checkbox"/> NO  TÈTANOS - TETANUS</p>
<p><b>EPATITE B - HEPATITIS B - HÉPATITE B - HEPATITIS B</b> <input type="checkbox"/> SI <input type="checkbox"/> NO</p>	<p><b>ALTRE - OTHER - AUTRES - OTRAS - SONSTIGES</b>  .....  .....  .....  .....</p>