

SCHEDA ACCOGLIENZA DEI PAZIENTI STRANIERI  
ARABO

Rev 0.0 2024

قائمة متعددة اللغات لتسجيل المرضى الأجانب عند الإستقبال  
في قسم الطوارئ في المستشفى

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.	عزيزتي السيدة/عزيزي ديسلاً، في هذه أنتِ/أنتَ موجودة/موجود في قسم الطوارئ من مستشفى الأثناء ..... هذه الأسئلة موجهة لك/لكِ من أجل توفير أفضل عناية بكم، نرجو منك/منكِ الإجابة عليها بأدق شكل ممكن.
--	---

COGNOME, NOME ..... ..... ..... مهلاً، فريشلاً	LUOGO DI NASCITA, STATO ..... ..... ..... دلبلاً، دلاولاً مكان
DATA DI NASCITA ..... ..... تاريخ الولادة	DOMICILIO ..... ..... عنوان الإقامة
DOBBIAMO AVVISARE DEI FAMILIARI? ..... ..... نبراقلاً دحاً وألهلاً غيلبت ديرتل ه	<input type="checkbox"/> SI <input type="checkbox"/> NO <input type="checkbox"/> نعم <input type="checkbox"/> لا GRUPPO SANGUIGNO E FATTORE RH فئة أدم و نوع Rh .....

ALLERGIE O INCOMPATIBILITÀ (FARMACOLOGICHE) ..... ..... حساسية أو مضاعفات من الأدوية
---

GRAVIDANZA حامل	<input type="checkbox"/> SI <input type="checkbox"/> NO <input type="checkbox"/> نعم <input type="checkbox"/> لا
I TRIMESTRE ..... ثلاثتلاً لولاً رهشلاً نملولاً لصفلاً	<input type="checkbox"/>
II TRIMESTRE ..... سداسلاً لبعبارلاً رهشلاً نملولاً لصفلاً	<input type="checkbox"/>
III TRIMESTRE ..... عساتلاً لبعباسلاً رهشلاً نملولاً لصفلاً	<input type="checkbox"/>

SCHEDA ACCOGLIENZA DEI PAZIENTI STRANIERI  
ARABO

Rev 0.0 2024

PREGRESSO INFARTO DEL MIOCARDIO	ذبحة قلبية سابقة	<input type="checkbox"/> SI <input type="checkbox"/> نعم	<input type="checkbox"/> NO <input type="checkbox"/> لا
ANGINA PECTORIS	خناق صدري	<input type="checkbox"/> SI <input type="checkbox"/> نعم	<input type="checkbox"/> NO <input type="checkbox"/> لا
IPERTENSIONE	ضغط دم مرتفع	<input type="checkbox"/> SI <input type="checkbox"/> نعم	<input type="checkbox"/> NO <input type="checkbox"/> لا
STIMOLATORE CARDIACO	منبه قلبي {Pacemaker, ICD}	<input type="checkbox"/> SI <input type="checkbox"/> نعم	<input type="checkbox"/> NO <input type="checkbox"/> لا
ALTRE MALATTIE CARDIOVASCOLARI		أمراض قلبية أخرى	
.....			
DIABETE	مرض السكري	<input type="checkbox"/> SI <input type="checkbox"/> نعم	<input type="checkbox"/> NO <input type="checkbox"/> لا
DIALISI	تحت علاج غسل الكلبي {Dialise}	<input type="checkbox"/> SI <input type="checkbox"/> نعم	<input type="checkbox"/> NO <input type="checkbox"/> لا
MALATTIE BRONCOPOLMONARI	أمراض القصبة الهوائية و الرئتين	<input type="checkbox"/> SI <input type="checkbox"/> نعم	<input type="checkbox"/> NO <input type="checkbox"/> لا
MALATTIE INFETTIVE PREGRESSE	أمراض وبائية سابقة	<input type="checkbox"/> SI <input type="checkbox"/> نعم	<input type="checkbox"/> NO <input type="checkbox"/> لا
PRECEDENTI DI ANSIETA' E DEPRESSIONE	أمراض نفسية	<input type="checkbox"/> SI <input type="checkbox"/> نعم	<input type="checkbox"/> NO <input type="checkbox"/> لا
MALATTIE NEUROLOGICHE	أمراض عصبية	<input type="checkbox"/> SI <input type="checkbox"/> نعم	<input type="checkbox"/> NO <input type="checkbox"/> لا
MALATTIE GASTROINTESTINALI	أمراض الجهاز الهضمي	<input type="checkbox"/> SI <input type="checkbox"/> نعم	<input type="checkbox"/> NO <input type="checkbox"/> لا
MALATTIE CUTANEE	أمراض جلدية	<input type="checkbox"/> SI <input type="checkbox"/> نعم	<input type="checkbox"/> NO <input type="checkbox"/> لا
RICOVERI OSPEDALIERI	فترة علاج في المستشفى أو عمليات جراحية سابقة	<input type="checkbox"/> SI <input type="checkbox"/> نعم	<input type="checkbox"/> NO <input type="checkbox"/> لا

SCHEDA ACCOGLIENZA DEI PAZIENTI STRANIERI  
ARABO

Rev 0.0 2024

ORGANO TRAPIANTATO	زرع أعضاء سابق
.....	
TERAPIA IN ATTO	الأدوية المستعملة حالياً
.....	
.....	
NOME DEI FARMACI	أسماء الأدوية
.....	
.....	
DATE DI ASSUNZIONE	مواعيد الإستعمال
.....	
.....	

**SCHEDA ACCOGLIENZA DEI PAZIENTI STRANIERI**  
ARABO

Rev 0.0 2024

<b>ANTICOAGULANTI</b> <input type="checkbox"/> SI <input type="checkbox"/> NO <input type="checkbox"/> نعم <input type="checkbox"/> لا مضاد لتخثر الدم	<b>ANTIDIABETICI</b> <input type="checkbox"/> SI <input type="checkbox"/> NO <input type="checkbox"/> نعم <input type="checkbox"/> لا أدوية لمرض السكري
<b>ANTIANGINOSI</b> <input type="checkbox"/> SI <input type="checkbox"/> NO <input type="checkbox"/> نعم <input type="checkbox"/> لا مضاد لحنق الصدر	<b>ANTIARITMICI</b> <input type="checkbox"/> SI <input type="checkbox"/> NO <input type="checkbox"/> نعم <input type="checkbox"/> لا أدوية منظمة لنبضات القلب
<b>ANTI-IPERTENSIVI</b> <input type="checkbox"/> SI <input type="checkbox"/> NO <input type="checkbox"/> نعم <input type="checkbox"/> لا أدوية لتخفيض ضغط الدم المرتفع	<b>ANTICONVULSIVI</b> <input type="checkbox"/> SI <input type="checkbox"/> NO <input type="checkbox"/> نعم <input type="checkbox"/> لا أدوية لمرض الصرع
<b>SALICILATI</b> <input type="checkbox"/> SI <input type="checkbox"/> NO <input type="checkbox"/> نعم <input type="checkbox"/> لا مسكنات للألم	<b>ANTISTAMINICI</b> <input type="checkbox"/> SI <input type="checkbox"/> NO <input type="checkbox"/> نعم <input type="checkbox"/> لا أدوية للحساسية
<b>IMMUNODEPRESSIVI</b> <input type="checkbox"/> SI <input type="checkbox"/> NO <input type="checkbox"/> نعم <input type="checkbox"/> لا أدوية مضادة للمناعة	<b>ALTRI</b> أدوية أخرى ..... .....
<b>VACCINAZIONI DI BASE</b> ..... ..... اللقاحات السابقة	<b>TETANO</b> <input type="checkbox"/> SI <input type="checkbox"/> NO <input type="checkbox"/> نعم <input type="checkbox"/> لا كزاز
<b>EPATITE B</b> <input type="checkbox"/> SI <input type="checkbox"/> NO <input type="checkbox"/> نعم <input type="checkbox"/> لا التهاب الكبد "ب"	<b>ALTRE</b> لقاحات أخرى ..... ..... .....