

**SCHEDA ACCOGLIENZA DEI PAZIENTI STRANIERI  
UCRAINO**

Rev 0.0 2024

***Різномовна анкета прийому пацієнтів іноземців поступивших до  
лікарняного відділу швидкої допомоги***

<p>GENTILE SIGNORA/GENTILE SIGNORE, IN QUESTO MOMENTO LEI SI TROVA AL PRONTO SOCCORSO DI..... QUESTE DOMANDE LE SONO RIVOLTE PER PRESTARLE UNA MIGLIORE ASSISTENZA, LA PREGHIAMO DI RISPONDERE CON LA MASSIMA PRECISIONE.</p>	<p><i>Шановні пані та панове, в даний момент ви знаходитесь у відділенні швидкої допомоги міста..... Усі послідовні питання звернені до вас з метою кращого обслуговування, тому просимо надати відповідь з максимальною точністю.</i></p>
-------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------	------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------

<p><b>COGNOME, NOME</b> <i>Прізвище, ім.я</i></p> <p>.....</p> <p>.....</p>	<p><b>LUOGO DI NASCITA, STATO</b> <i>Місце народження, національність</i></p> <p>.....</p> <p>.....</p>
---------------------------------------------------------------------------------	-------------------------------------------------------------------------------------------------------------

<p><b>DATA DI NASCITA</b> <i>Дата народження</i></p> <p>.....</p>	<p><b>DOMICILIO</b> <i>Місце проживання</i></p> <p>.....</p> <p>.....</p>
-----------------------------------------------------------------------	-------------------------------------------------------------------------------

<p><b>DOBBIAMO AVVISARE DEI FAMILIARI?</b> <i>Бажаєте щоб ми повідомили рідних?</i></p> <p><input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <i>так</i></p>	<p><input type="checkbox"/> NO <input type="checkbox"/> <i>ні</i></p>	<p><b>GRUPPO SANGUIGNO E FATTORE RH</b> <i>Група крові і показник RH</i></p> <p>.....</p>
-----------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------	---------------------------------------------------------------------------	-----------------------------------------------------------------------------------------------

<p><b>ALLERGIE O INCOMPATIBILITÀ (FARMACOLOGICHE)</b> <i>Алергія або несумісність на деякі ліки</i></p> <p>.....</p> <p>.....</p>
---------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------

<p><b>GRAVIDANZA</b> <i>вагітність</i></p> <p><i>I TRIMESTRE</i>                      <i>1ТРИМЕСТР</i></p> <p><i>II TRIMESTRE</i>                      <i>2ТРИМЕСТР</i></p> <p><i>III TRIMESTRE</i>                      <i>3ТРИМЕСТР</i></p>	<p><input type="checkbox"/> SI    <input type="checkbox"/> NO</p> <p><input type="checkbox"/> <i>так</i>    <input type="checkbox"/> <i>ні</i></p>
---------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------	----------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------

**SCHEDA ACCOGLIENZA DEI PAZIENTI STRANIERI  
UCRAINO**

Rev 0.0 2024

<b>PREGRESSO INFARTO DEL MIOCARDIO</b>	<input type="checkbox"/>	SI	<input type="checkbox"/>	NO
<i>наявність перенесеного міокардичного іфаркту</i>	<input type="checkbox"/>	так	<input type="checkbox"/>	ні
<b>ANGINA PECTORIS</b>	<input type="checkbox"/>	SI	<input type="checkbox"/>	NO
<i>стенокардія</i>	<input type="checkbox"/>	так	<input type="checkbox"/>	ні
<b>IPERTENSIONE</b>	<input type="checkbox"/>	SI	<input type="checkbox"/>	NO
<i>підвищений тиск крові</i>	<input type="checkbox"/>	так	<input type="checkbox"/>	ні
<b>STIMOLATORE CARDIACO</b>	<input type="checkbox"/>	SI	<input type="checkbox"/>	NO
<i>кардіостимулятор</i>	<input type="checkbox"/>	так	<input type="checkbox"/>	ні
<b>ALTRE MALATTIE CARDIOVASCOLARI</b>				
<i>інші сердечно-судинні захворювання</i>				
.....				
<b>DIABETE</b>	<input type="checkbox"/>	SI	<input type="checkbox"/>	NO
<i>діабет</i>	<input type="checkbox"/>	так	<input type="checkbox"/>	ні
<b>DIALISI</b>	<input type="checkbox"/>	SI	<input type="checkbox"/>	NO
<i>діалізі</i>	<input type="checkbox"/>	так	<input type="checkbox"/>	ні
<b>MALATTIE BRONCOPOLMONARI</b>	<input type="checkbox"/>	SI	<input type="checkbox"/>	NO
<i>хвороби бронхопневмонічні</i>	<input type="checkbox"/>	так	<input type="checkbox"/>	ні
<b>MALATTIE INFETTIVE PREGRESSE</b>	<input type="checkbox"/>	SI	<input type="checkbox"/>	NO
<i>перенесені захворювання</i>	<input type="checkbox"/>	так	<input type="checkbox"/>	ні
<b>PRECEDENTI DI ANSIETA E DEPRESSIONE</b>	<input type="checkbox"/>	SI	<input type="checkbox"/>	NO
<i>наявність депресії в минулому</i>	<input type="checkbox"/>	так	<input type="checkbox"/>	ні
<b>MALATTIE NEUROLOGICHE</b>	<input type="checkbox"/>	SI	<input type="checkbox"/>	NO
<i>неврологічні захворювання</i>	<input type="checkbox"/>	так	<input type="checkbox"/>	ні
<b>MALATTIE GASTROINTESTINALI</b>	<input type="checkbox"/>	SI	<input type="checkbox"/>	NO
<i>шлунковокишечні захворювання</i>	<input type="checkbox"/>	так	<input type="checkbox"/>	ні
<b>MALATTIE CUTANEE</b>	<input type="checkbox"/>	SI	<input type="checkbox"/>	NO
<i>шкірянні захворювання</i>	<input type="checkbox"/>	так	<input type="checkbox"/>	ні
<b>RICOVERI OSPEDALIERI</b>	<input type="checkbox"/>	SI	<input type="checkbox"/>	NO
<i>наявність інших перебувань в лікарні</i>	<input type="checkbox"/>	так	<input type="checkbox"/>	ні

**SCHEDA ACCOGLIENZA DEI PAZIENTI STRANIERI  
UCRAINO**

Rev 0.0 2024

**ORGANO TRAPIANTATO**

*пересаджений орган*

.....

**TERAPIA IN ATTO**

*наявність терапії*

.....

.....

**NOME DEI FARMACI**

*назва ліків*

.....

.....

**DATE DI ASSUNZIONE**

*розклад приймання*

.....

**SCHEDA ACCOGLIENZA DEI PAZIENTI STRANIERI  
UCRAINO**

Rev 0.0 2024

<b>ANTICOAGULANTI</b> <i>протикоагулюючі засоби</i>	<input type="checkbox"/> SI <input type="checkbox"/> так	<input type="checkbox"/> NO <input type="checkbox"/> ні	<b>ANTIDIABETICI</b> <i>засоби антидіабетні</i>	<input type="checkbox"/> SI <input type="checkbox"/> та	<input type="checkbox"/> NO <input type="checkbox"/> ні
<b>ANTIANGINOSI</b> <i>засоби проти стенокардії</i>	<input type="checkbox"/> SI <input type="checkbox"/> так	<input type="checkbox"/> NO <input type="checkbox"/> ні	<b>ANTIARITMICI</b> <i>засоби антиаритміїні</i>	<input type="checkbox"/> SI <input type="checkbox"/> та	<input type="checkbox"/> NO <input type="checkbox"/> ні
<b>ANTI-IPERTENSIVI</b> <i>проти підвищеного кров'яного тиску</i>	<input type="checkbox"/> SI <input type="checkbox"/> так	<input type="checkbox"/> NO <input type="checkbox"/> ні	<b>ANTICONVULSIVI</b> <i>протисудорогові</i>	<input type="checkbox"/> SI <input type="checkbox"/> та	<input type="checkbox"/> NO <input type="checkbox"/> ні
<b>SALICILATI</b> <i>саліцилові</i>	<input type="checkbox"/> SI <input type="checkbox"/> так	<input type="checkbox"/> NO <input type="checkbox"/> ні	<b>ANTISTAMINICI</b> <i>антиалергійні</i>	<input type="checkbox"/> SI <input type="checkbox"/> та	<input type="checkbox"/> NO <input type="checkbox"/> ні
<b>IMMUNODEPRESSIVI</b> <i>імуннодепресивні</i>	<input type="checkbox"/> SI <input type="checkbox"/> так	<input type="checkbox"/> NO <input type="checkbox"/> ні	<b>ALTRE</b> <i>інші</i> ..... ..... .....		
<b>VACCINAZIONI DI BASE</b> <i>прививки базові</i> ..... ..... .....			<b>TETANO</b> <i>стовбняк</i>	<input type="checkbox"/> SI <input type="checkbox"/> та	<input type="checkbox"/> NO <input type="checkbox"/> ні
<b>EPATITE B</b> <i>Боткіна</i>	<input type="checkbox"/> SI <input type="checkbox"/> так	<input type="checkbox"/> NO <input type="checkbox"/> ні	<b>ALTRE</b> <i>інші</i> ..... ..... .....		