

SCHEDA ACCOGLIENZA DEI PAZIENTI STRANIERI IN PRONTO SOCCORSO
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 ONVOUS 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>COGNOME, NOME - LAST NAME, FIRST NAME -NOM, PRENOM - APPELLIDO, NOMBRE, - NACHNAME NAME -</p>	<p>LUOGO DI NASCITA, STATO - PLACE OF BIRTH,COUNTRY-LIEU DE NAISSANCE, NATIONALITE - LUGAR DE NACIMIENTO,PAIS - GEBURTSORT</p>
<p>DATA DI NASCITA - DATE OF BIRTH - DATE DE NAISSANCE -FECHA DE NACIMIENTO - GEBURTSDATUM</p>	<p>DOMICILIO - ADRESS - DOMICILE - DIRECCION - ANSCHRIFT - TÉLÉPHONE - TELEFON</p>
<p>DOBBIAMO AVVISARE DEI FAMILIARI? 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>GRUPPO SANGUIGNO E FATTORE RH - BLOOD GROUP AND RH - GROUPE SANGUIN ET FACTEUR RH - GRUPO SANGUINEO Y FACTOR RH - BLUTGRUPPE UND RHESUSFAKTOR</p>
<p>ALLERGIE O INCOMPATIBILITÀ (FARMACOLOGICHE) - ALLERGIES OR INCOMPATIBILITIES (DRUGS) - ALLERGIES OU INCOMPATIBILITÉS - ALERGIAS O INCOMPATIBILIDADES FARMACOLÓGICAS - ALLERGIEN ODER UNVERTRAGLICHKEITEN</p>	
<p>GRAVIDANZA - 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 IN PRONTO SOCCORSO
FRANCESE-TEDESCO-INGLESE -SPAGNOLO

Rev 0.0 2024

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

SCHEDA ACCOGLIENZA DEI PAZIENTI STRANIERI IN PRONTO SOCCORSO
FRANCESE-TEDESCO-INGLESE -SPAGNOLO

Rev 0.0 2024

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

SCHEDA ACCOGLIENZA DEI PAZIENTI STRANIERI IN PRONTO SOCCORSO
FRANCESE-TEDESCO-INGLESE -SPAGNOLO

Rev 0.0 2024

ITALIANO	ENGLISH	FRANCAIS	DEUTCH	ESPAÑÑOL
SENTI DOLORE O ALTRI DISTURBI? <input type="checkbox"/> SI <input type="checkbox"/> NO,	DO YOU HAVE PAIN OR DISCOMFORT? <input type="checkbox"/> YES <input type="checkbox"/> NO,	AVEZ-VOUS MAL QUELQUE PART? <input type="checkbox"/> OUI <input type="checkbox"/> NON	HABEN SIE SCHMERZEN ODER BESCHWERDEN? <input type="checkbox"/> JA <input type="checkbox"/> NEIN	¿TIENES ALGUN DOLOR O MOLESTIA? <input type="checkbox"/> SI <input type="checkbox"/> NO
SPIEGA COME TI SENTI: <input type="checkbox"/> STORDITO <input type="checkbox"/> VERTIGINI <input type="checkbox"/> FORMICOLIO, DOVE LO SENTI? <input type="checkbox"/> DEBOLE <input type="checkbox"/> ANSIOSO/A <input type="checkbox"/> NAUSEATO/A <input type="checkbox"/> NESSUNO DI QUESTI SINTOMI	DO YOU FEEL? <input type="checkbox"/> DIZZY <input type="checkbox"/> UNBALANCED <input type="checkbox"/> NUMBNESS (POINT TO WHERE) <input type="checkbox"/> WEAK <input type="checkbox"/> ANXIOUS <input type="checkbox"/> NAUSEOUS <input type="checkbox"/> NONE OF THE ABOVE	COMMENT VOUS SENTEZ-VOUS. <input type="checkbox"/> ETOURDI <input type="checkbox"/> AVEC DES VERTIGES <input type="checkbox"/> AVEC DES DEMANGEAISONS,OU? <input type="checkbox"/> FAIBLE,DEBILE <input type="checkbox"/> ANXIEUX <input type="checkbox"/> AVEC DE NAUSEES <input type="checkbox"/> AUCUN DES SYMPTOMES DECRIS CI-HAUT	HABEN SIE? <input type="checkbox"/> SCHWINDLIG <input type="checkbox"/> GLEICHGEWICHTSSTORUNGEN <input type="checkbox"/> GEFUHLLOSIGKEIT ODER KRIBBEIN IM KORPER (ZEIGEN SIE MIR, WO) <input type="checkbox"/> SCHAWACH <input type="checkbox"/> ÄNGSTLICH, VERSTART <input type="checkbox"/> ÜBEL <input type="checkbox"/> KEINE DER OBENGENANNTEN SYMPTONE	TE SIENTES: <input type="checkbox"/> ATURDITO <input type="checkbox"/> VERTIGOS <input type="checkbox"/> HORMIGUEO (SEÑALA EN DONDE) <input type="checkbox"/> DEBIL <input type="checkbox"/> ANSIOSO <input type="checkbox"/> NAUSEA <input type="checkbox"/> NINGUNO DE ESTOS
IL DOLORE È FORTE? <input type="checkbox"/> NO <input type="checkbox"/> SI, QUANTO?	IS PAIN STRONG? NO YES, HOW MUCH?	LA DOULEUR EST FORT? NON OUI, COMBIEN?	WIE STARK (INTENSIVE) IST DER SCHMERZJETZT ?	¿ES FUERTE EL DOLOR ? NO SI, ¿QUANTO?
<input type="checkbox"/> NESSUN DOLORE 0 <input type="checkbox"/> DOLORE LIEVE 1 <input type="checkbox"/> DOLORE MODERATO 2 <input type="checkbox"/> DOLORE FORTE 3 <input type="checkbox"/> DOLORE MOLTO FORTE 4	<input type="checkbox"/> NO PAIN 0 <input type="checkbox"/> MILD PAIN 1 <input type="checkbox"/> MODERATE PAIN 2 <input type="checkbox"/> SEVERE PAIN 3 <input type="checkbox"/> VERY SEVERE PAIN 4	<input type="checkbox"/> NON DOULEUR 0 <input type="checkbox"/> DOULEUR FAIBLE 1 <input type="checkbox"/> DOULEUR MODEREE 2 <input type="checkbox"/> DOULEUR FORT 3 <input type="checkbox"/> DOULEUR TRES FORT 4	<input type="checkbox"/> NEIN SCHMERZ 0 <input type="checkbox"/> LEICHT SCHMERZ 1 <input type="checkbox"/> MITTEL SCHMERZ 2 <input type="checkbox"/> STARK SCHMERZ 3 <input type="checkbox"/> SEHR STARK SCHMERZ 4	<input type="checkbox"/> NINGÚN DOLOR 0 <input type="checkbox"/> POCO DOLOR 1 <input type="checkbox"/> MODERADO DOLOR 2 <input type="checkbox"/> FUERTE DOLOR 3 <input type="checkbox"/> MUY FUERTE DOLOR 4
DA QUANTO TEMPO? DA UN' ORA DA UN GIORNO DA UNA SETTIMANA > DI UNA SETTIMANA	HOW LONG HAS THE PAIN BEEN THERE? <input type="checkbox"/> SINCE ONE HOUR <input type="checkbox"/> ONE DAY <input type="checkbox"/> ONE WEEK <input type="checkbox"/> >ONE WEEK	QUAND CELA A-T-IL COMMENCE? <input type="checkbox"/> IL Y A UNE HEURE <input type="checkbox"/> UN JOUR <input type="checkbox"/> UNE SEMAINE <input type="checkbox"/> >UNE SEMAINE	WIE LANGE HABEN SIE SCHON SCHMERZEN? 1 STUNDE 1 TAG 1 WOCH >1 WOCH	¿QUANDO COMENZO' ? HACE UNA HORA UN DIA UNA SEMANA >UNA SEMANA
QUANTO E' DURATO? POCHI MINUTI UN' ORA UN GIORNO	HOW LONG DID IT LAST? <input type="checkbox"/> A FEW MINUTES <input type="checkbox"/> ONE HOUR <input type="checkbox"/> ONE DAY	COMBIEN DE TEMPS CELA A-T-IL DURE'? <input type="checkbox"/> QUELCHES MINUTES <input type="checkbox"/> UNE HEURE <input type="checkbox"/> UN JOUR	WIE LANGE DAUERT DER SCHMERZ? WENIGE MINUTER EINE STUNDE EINEN TAG	¿QUANTO TE HA DURADO? POCOS MINUTOS UNA HORA UN DIA

ITALIANO	ENGLISH	FRANCAIS	DEUTCH	ESPAÑÑOL
----------	---------	----------	--------	----------

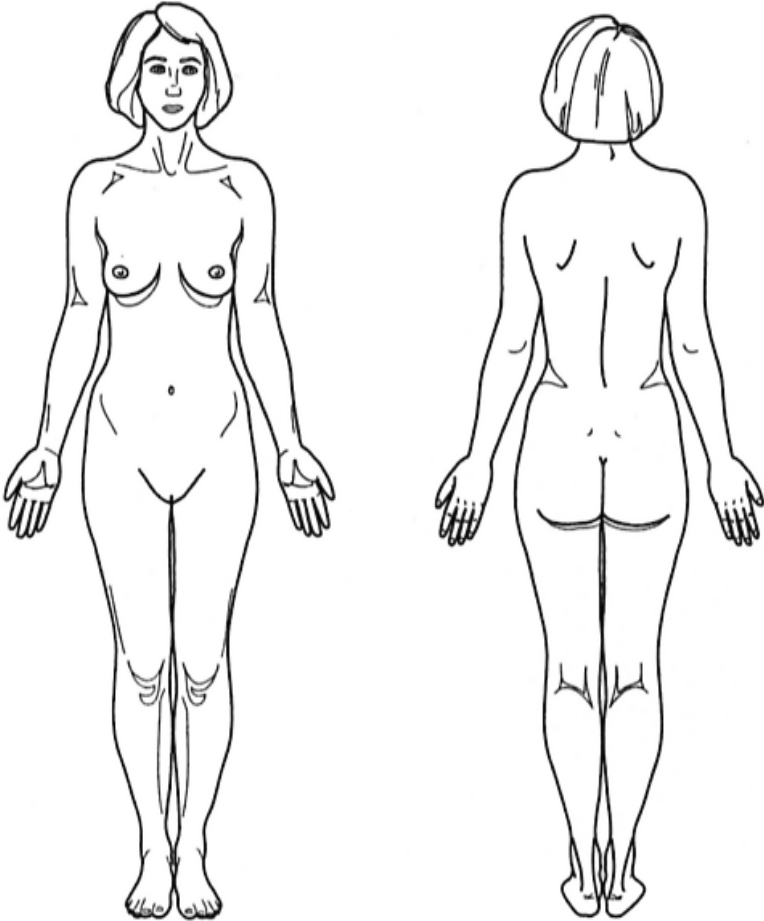
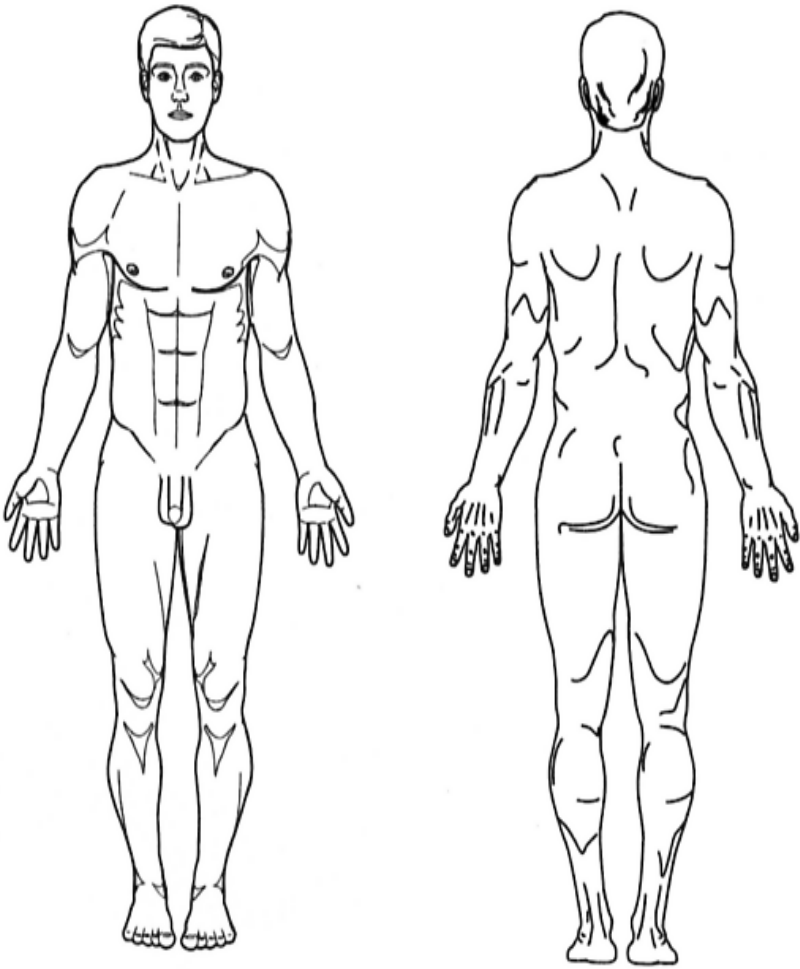
SCHEDA ACCOGLIENZA DEI PAZIENTI STRANIERI IN PRONTO SOCCORSO
FRANCESE-TEDESCO-INGLESE -SPAGNOLO

Rev 0.0 2024

<p>E' LA PRIMA VOLTA CHE HAI QUESTO DOLORE? SI <input type="checkbox"/> NO <input type="checkbox"/></p>	<p>IS IT THE FIRST TIME YOU FEEL THIS PAIN? YES <input type="checkbox"/> NO <input type="checkbox"/></p>	<p>EST CE-LA PREMIERE FOIS QUE VOUS AVEZ CETTE DOULEUR? <input type="checkbox"/> OUI <input type="checkbox"/> NON</p>	<p>HATTEN SIE DIESE SCHMERZEN VORHER SCHON EINMAL? JA NEIN</p>	<p>¿ES LA PRIMERA VEZ QUE SIENTE ESTE DOLOR? SI NO</p>
<p>QUANDO IL DOLORE E' COMINCIATO, COSA STAVI FACENDO? (UNA O PIU' RISPOSTE)</p> <p>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"/></p>	<p>WHEN THE PAIN STARTED, WHAT DID YOU DO? (PICK ONE OR MORE)</p> <p><input type="checkbox"/> RESTING <input type="checkbox"/> PHYSICALLY WORKING <input type="checkbox"/> EATING <input type="checkbox"/> EMOTIONALLY UPSET <input type="checkbox"/> URINATING <input type="checkbox"/> HAVING A BOWEL MOVEMENT <input type="checkbox"/> VOMITING <input type="checkbox"/> COUGHING</p>	<p>LORSQUE VOTRE DOULER A COMMENCE ? (UNE OU PLUSIEURS CHOIX)</p> <p><input type="checkbox"/> ETIEZ-VOUS AU REPOS <input type="checkbox"/> FAISIEZ-VOUS UN TRAVIAL PHYSIQUE <input type="checkbox"/> MANGIEZ-VOUS <input type="checkbox"/> DANS UN MOMENT DE DETRESSE EMOTIONELLE <input type="checkbox"/> PENDANT QUE VOUS URINIEZ <input type="checkbox"/> PENDANT LE FONCIONNE MENT DE VOS INTESTINS <input type="checkbox"/> EN VOMISSANT <input type="checkbox"/> EN TOUSSANT</p>	<p>WAS HABEN SIE GERADE GEMACTH, ALS DER SCHMERZ AUFTRAT? (WAHLEN SIE EINE ODER MEHRERE MOGLICHKEITEN)</p> <p>GERUHT KORPERLICH GEARBEITET WAREN SIE ERREGT WASSER GELASSEN HATTEN SIE STUHLGANG HABEN SIE SICH ERBROCHEN GEHUSTET</p>	<p>¿QUANDO HA INICIADO EL DOLOR, ¿QUE ESTABA HACIENDO ? (ESCOGA UNO O MÁS)</p> <p>DESCANSANDO TRABAJANDO FISICAMENTE COMIENDO EMOCIONANDOME ORINANDO DEFECANDO VOMITANDO TOSIENDO</p>

SCHEDA ACCOGLIENZA DEI PAZIENTI STRANIERI IN PRONTO SOCCORSO
FRANCESE-TEDESCO-INGLESE -SPAGNOLO

Rev 0.0 2024


				
MOSTRAMI DOVE SENTI DOLORE E DOVE SI ESTENDE?	WHERE DO YOU FEEL PAIN ? DOES THE PAIN GO ANYWHERE ELSE?	OU' AVEZ-VOUS MAL ? SI QUI MONTREZ OU'	DEUTEN SIE BITTE MIT EINEM FINGER AUF DIE SCHMERZSTELLE .	SEÑALAE DONDE LE DUELE.¿DONDE SE EXTIENDE EL DOLOR ?

FRANCESE	COMBIEN DE MAL VOUS SENTEZ?
-----------------	------------------------------------

SCHEDA ACCOGLIENZA DEI PAZIENTI STRANIERI IN PRONTO SOCCORSO
FRANCESE-TEDESCO-INGLESE -SPAGNOLO

Rev 0.0 2024

INGLESE	HOW MUCH PAIN DO YOU FEEL?
TEDESCO	WIE VIEL SCHMERZ HABEN SIE?
SPAGNOLO	¿CUANTO DOLOR SIENTES?

									
1	2	3	4	5	6	7	8	9	10
NIENTE	POCO	ABBASTANZA	FORTE	FORTISSIMO					
RIEN	PETIT PEU	ASSEZ	FORT	TRÈS FORT					
NO	LITTLE	ENOUGH	SEVERE	EXTREME					
NICHTS	WENIG	ZIEMLICH	GROß	SEHR GROß					
NADA	POCO	BASTANTE	FUERTE	MUY FUERTE					

SCHEDA ACCOGLIENZA DEI PAZIENTI STRANIERI IN PRONTO SOCCORSO
FRANCESE-TEDESCO-INGLESE -SPAGNOLO

Rev 0.0 2024

ITALIANO	ENGLISH	FRANCAIS	DEUTCH	ESPAÑOL
HAI FEBBRE? SI NO	FEVER? YES NO	FIEVRE? OUI NON	HABEN SIE FIEBER? JA NEIN	¿TIENE FIEBRE? SI NO
FAI FATICA A RESPIRARE? SI NO	ARE YOU SHORT OF BREATH? YES NO	AVEZ-VOUS DES DIFFICULTEES A RESPIRER ? OUI NON	SIND SIE KURZATMIG ? JA NEIN	¿ RESPIRAS MAL ? SI NO
HAI AVUTO UN PROBLEMA CRONICO RESPIRATORIO? SI NO	DO YOU HAVE A CHRONIC BREATHING PROBLEM? <input type="checkbox"/> YES <input type="checkbox"/> NO	AVEZ-VOUS UN PROBLEME DE RESPIRATION CHRONIQUE ? <input type="checkbox"/> OUI <input type="checkbox"/> NON	HABEN SIE CHRONISCHE ATEMBESCHWERDEN/EIN CHRONISCHES ATEMLEIDEN? JA NEIN	¿TIENE PROBLEMAS CRONICOS DE RESPIRACIÓN ? <input type="checkbox"/> SI <input type="checkbox"/> NO
HAI AVUTO TOSSE CON CATARRO? <input type="checkbox"/> SI <input type="checkbox"/> NO	DID YOU COUGH? <input type="checkbox"/> YES <input type="checkbox"/> NO	AVEZ-VOUS DE LA TOUX CATARRHALE? OUI NON	HABEN SIE HUSTEN UND KATARRH? JA NEIN	¿HA TENIDO TOS CON CATARRO? SI NO
TOSSE CON SANGUE ? <input type="checkbox"/> SI <input type="checkbox"/> NO	COUGH WITH BLOOD? <input type="checkbox"/> YES <input type="checkbox"/> NO	TOUX AVEC SANG? OUI NON	HUSTEN UND BLUTEN? JA NEIN	¿ TOS CON SANGRE? SI NO
TI SI GNONFIANO I PIEDI? SI NO	DO YOUR FEET SWELL? <input type="checkbox"/> YES <input type="checkbox"/> NO	EST-CE QUE LES VOS PIEDS ENFLENT? OUI NON	SCHWELLEN IHRE FUßE AN? JA NEIN	¿SE LE HINCHAN LOS PIES ? SI NO
HAI PERSO COSCENZA? <input type="checkbox"/> SI <input type="checkbox"/> NO	DID YOU FAINT? YES NO	AVEZ-VOUS PERDU CONNAISSANCE? OUI NON	WAREN SIE BEWUßTLOS? JA NEIN	¿HA PERDIDO EL CONOCIMIENTO ? SI <input type="checkbox"/> NO
INDICA QUALE PARTE DEL CORPO MUOVIMENO	IF YOU CANNOT MOVE ANY PART OF YOUR BODY, POINT WHICH ONE.	SI VOUS N' ARRIVEZ PAS A' BOUGER EXTREMITES , DE LAQUELLE S'AGIT-IL	WELCHEN KÖRPERTEIL BEWEGEN SIE WENIGER?	SI NO PUEDE MOVER UNO O MAS ARTICULACIONES, INDIQUE QUALES
INDICA IN QUALE PARTE HAI MENO SENSIBILITA'	IF YOU FEEL ANY SENSORY LOSS IN THE BODY , SHOW WHERE.	SI VOUS AVEZ UNE SENSIBILITE' REDUITE	WELCHEN KÖRPERTEIL FÜHLEN SIE NICHT	SI TIENE UNA O MAS ARTICULACIONES CON REDUCIDA SENSIBILIDAD , INDIQUE QUALES.
HAI VERTIGINI? SI NO	DO YOU FEEL DIZZY? YES NO	AVEZ-VOUS EU DES VERTIGES ? OUI NON	HABEN SIE SCHWINDEL ? <input type="checkbox"/> JA <input type="checkbox"/> NEIN	¿HA TENIDO VERTIGO ? SI NO
HAI DISTURBI UDITIVI? <input type="checkbox"/> SI <input type="checkbox"/> NO	DO YOU HAVE HEARING PROBLEMS? YES NO	TROUBLES AUDITIFS <input type="checkbox"/> OUI <input type="checkbox"/> NON	HÖRSTÖRINGER? <input type="checkbox"/> JA <input type="checkbox"/> NEIN	¿ MOLESTIAS AUDITIVAS? SI NO
HAI DISTURBI VISIVI? <input type="checkbox"/> SI <input type="checkbox"/> NO	DO YOU HAVE SIGHTING PROBLEMS? <input type="checkbox"/> YES <input type="checkbox"/> NO	TROUBLES DE LA VUE ? OUI NON	SEHSTÖRINGER? <input type="checkbox"/> JA <input type="checkbox"/> NEIN	¿ MOLESTIAS VISUALES? SI NO
HAI CEFALEA? SI NO	DOYOU HAVE HEADACHE? YES NO	MAL A LA TETE ? OUI NON	KOPFSCHMERZEN? <input type="checkbox"/> JA <input type="checkbox"/> NEIN	¿ DOLOR DE CABEZA? SI NO
HAI AVUTO CONVULSIONI E SPASMI MUSCOLARI? SI NO	DID YOU HAVE MUSCLE SPASM OR SEIZURES? <input type="checkbox"/> YES <input type="checkbox"/> NO	CONTRACTIONS MUSCOLAIRES ? <input type="checkbox"/> OUI <input type="checkbox"/> NON	MUSKELKRÄMPFL? <input type="checkbox"/> JA <input type="checkbox"/> NEIN	¿ CONTRACCIONES O RIGIDEZ MUSCULAR? SI NO

SCHEDA ACCOGLIENZA DEI PAZIENTI STRANIERI IN PRONTO SOCCORSO
FRANCESE-TEDESCO-INGLESE -SPAGNOLO

Rev 0.0 2024

ACCESSO IN PRONTO SOCCORSO PER TRAUMA

ITALIANO	ENGLISH	FRANCAIS	DEUTCH	ESPAÑOL
<p>HAI AVUTO UN INCIDENTE STRADALE?</p> <p>TI SEI FATTO MALE LITIGANDO <input type="checkbox"/> CON UN OGGETTO TAGLIENTE CON MACCHINARI CON ARMI DA FUOCO IN ALTRI MODI</p> <p>E' STATO UN INFORTUNIO SUL LAVORO ?</p> <p>INDICA QUALI SONO LE PARTI DEL CORPO CONTUSE. SE HAI ARTICOLAZIONI CON RIDOTTA MOBILITÀ, INDICA QUALI.</p> <p>HAI RESPIRATO FUMI DI COMBUSTIONE? SOSTANZE CHIMICHE?</p> <p>HAI SUBITO VIOLENZA SESSUALE?</p> <p>HAI AVUTO UNA AGGRESSIONE ?</p> <p>TI SEI USTIONATO? NO SI</p> <ul style="list-style-type: none"> - ACIDO - OLIO - FUOCO - ACQUA - VAPORE <p>COME TI SENTI? - MEGLIO - PEGGIO - COME PRIMA</p>	<p>DID YOU HAVE A ROAD ACCIDENT ?</p> <p>WHERE YOU INJURED BY A FIGHT A SHARP OBJECT MACHINERY FIREARMS OTHER WOUNDS/INJURIES</p> <p>DID YOU HAVE AN ACCIDENT IN A WORKING SITE ?</p> <p>WHICH PART OF YUOR BODY ARE BRUISED ? IF YOU CANNOT MOVE ANY OF YUOR LIMBS, POINT WHICH ONE.</p> <p>DID YOU BREATH SMOKE? CHEMICALS ?</p> <p>WERE YOU SEXUALLY ABUSED ?</p> <p>HAVE YOU BEEN ASSAULTED?</p> <p>DID YOU SUFFER ANY BURNING? YES NO</p> <ul style="list-style-type: none"> - ACID - OIL - FIRE - HOT WATER - STEAM <p>DO YOU FEEL ? - BETTER - WORSE - SAME</p>	<p>AVEZ-VOUS EU UN ACCIDENT DE VOITURE?</p> <p>AVEZ- VOUS ÉTÉ BLESSÉ DANS UNE BAGARRE <input type="checkbox"/> PAR UN OBJET POINTU/TRANCHANT PAR UNE ARME À FEU <input type="checkbox"/> PAR QUELQUES CHOSE D'AUTRE</p> <p>S'AGIT-IL D'UN ACCIDENT DU TRAVAIL?</p> <p>QUELLE PARTIE DE VOTRE CORPS A ETÉ CONTOUSSIONÉE ? SI VOUS N'ARRIVEZ PAS A BOUGER UNE OU PLUSIEURS EXTREMITES, IDIQUEZ LAQUELLE</p> <p>AVEZ-VOUS INHALE FUMÉES DE COMBUSTION? SUBSTANCES CHIMIQUES ?</p> <p>AVEZ-VOUS SUBI DES VIOLENCES SEXUELLES?</p> <p>AVEZ-VOUS AGGRESSÉ ?</p> <p>VOUS ETES-VOUS BRULÉS? OUI NON</p> <ul style="list-style-type: none"> - ACIDE - HUILE - FEU - EAU BOUILLANTE - VAPEUR <p>COMMENT VOUS SENTEZ-VOUS ? - MIEUX - PIRE - LE MEME</p>	<p>WODURCH HABEN SIE SICH VERLETZT EINEN AUTOUNFALL BEI</p> <p>EINEM KAMPF EINEM SCHARFEN GEGENSTAND EINE MASCHINE <input type="checkbox"/> EINEM GEWHER-ODER REVOLVERSCHUSS <input type="checkbox"/> AUF EINE ANDERE ART ALS ANGEGEBEN</p> <p>WAR ES EIN DEIENSTUNFALL</p> <p>ZEIGEN SIE DIE STELLEN WO SIE PRELLUNGEN HABEN,ODER GELENKE MIT EIGENSCHRANKETER BEWEGUNG HABEN</p> <p>HABEN SIE EINGEATMET GASE, <input type="checkbox"/> RAUCH ODER CHEMISCHE SUBSTANZE?</p> <p>SIND SIEVERGE= WALTING WORDEN ?</p> <p>SIND SIE ANGEGRIFFEN WORDEN ?</p> <p>HABEN SIE VERBRENNUNGEN ? JA NEIN</p> <ul style="list-style-type: none"> - SAURE - OEL - FEUER - KOCHENDES WASSER - DAMPF <p>FUHLN SIE SICH? - BESSER - SCHLECHTER - GENAU SO WIE VORHER</p>	<p>¿HA SUFRIDO UN ACCIDENTE DE TRANSITO ?</p> <p>COMO TE HAS LASTIMADO PELANDO CON OBJETO AFILADO MAQUINAS ARMAS DE FUEGO HERIDO DE OTRO MODO</p> <p>¿ HA SUFRIDO UN ACCIDENTE DE TRABAJO?</p> <p>INDIQUE LAS PARTES DEL CUERPO GOLPEADAS. SI NO PUEDE MOVER UNA O MAS ARTICULACIONES, INDIQUE CUALES</p> <p>¿HA RESPIRADO <input type="checkbox"/> HUMO DU COMBUSTION <input type="checkbox"/> SUBSTANCIA QUIMICA?-</p> <p>¿HA SUFRIDO VIOLENCIA SEXUAL ?</p> <p>¿HA ESTADO AGREDIDO ?</p> <p>¿SE HA QUEMADO ? SI NO</p> <ul style="list-style-type: none"> - ACIDO - ACETTE - FUEGO - AGUA CALIENTE - VAPOR <p>¿ COMO TE ESCUENTRAS? - MEJOR - PEOR - IGUAL</p>