

SCHEDA ACCOGLIENZA DEI PAZIENTI STRANIERI IN PRONTO SOCCORSO
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 TROVADI..... 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 IN PRONTO SOCCORSO
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 IN PRONTO SOCCORSO 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 IN PRONTO SOCCORSO
ARABO

Rev 0.0 2024

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

Rev 0.0 2024

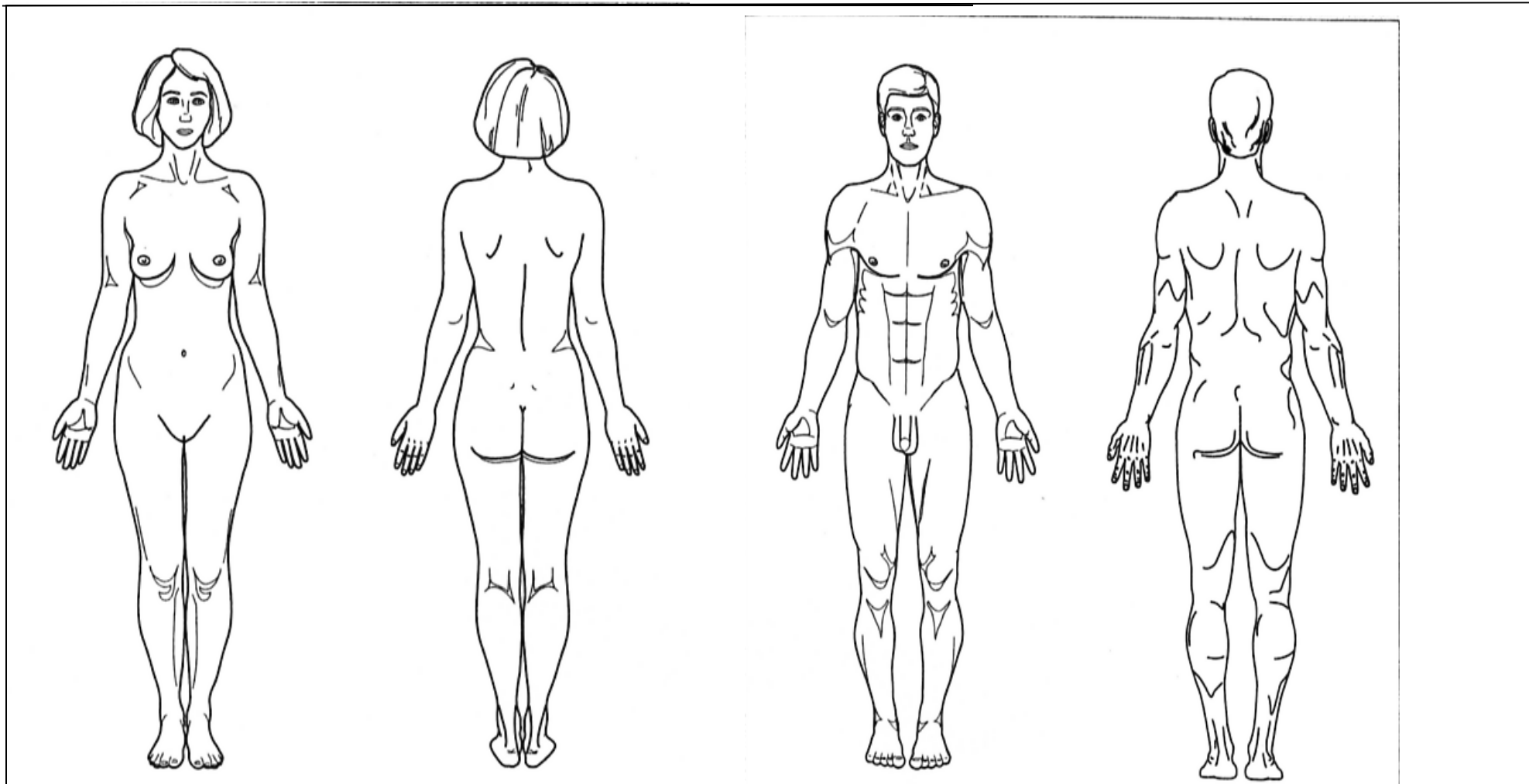
Accesso in Pronto Soccorso per Malattia

الدخول إلى قسم الطوارئ لمرض داخلي

ITALIANO	عربي
SENTI DOLORE O ALTRI DISTURBI? <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	؟ى رخأ ضر او عب و أ ملأ ب رعشتل ه <input type="checkbox"/> نعم <input type="checkbox"/> لا إشرح كيف تشعر بنفسك الآن: <input type="checkbox"/> ش ئاط <input type="checkbox"/> تخو د ي ف <input type="checkbox"/> ه ب س ح ت ن ي أ ، (ل ي م ن ت) ف ي ف ذ ز ح و <input type="checkbox"/> ف ي ع ض <input type="checkbox"/> ق ل ق <input type="checkbox"/> ن ا ي ث غ ي ف <input type="checkbox"/> ضر او عب ل ه ذ ه ن م ي أ ن م ل ا ذ
IL DOLORE E' FORTE? <input type="checkbox"/> NO <input type="checkbox"/> SI, QUANTO? <input type="checkbox"/> NESSUN DOLORE 0 <input type="checkbox"/> DOLORE LIEVE 1 <input type="checkbox"/> DOLORE MODERATO 2 <input type="checkbox"/> DOLORE INTENSO 3 <input type="checkbox"/> DOLORE MOLTO INTENSO 4	؟ى و ق م ل ل أ ل ه <input type="checkbox"/> لا <input type="checkbox"/> م ك د د د ، م ع ن <input type="checkbox"/> 0 (من أ ل م خ ا ل) <input type="checkbox"/> 1 (أ ل م خ ف ي ف) <input type="checkbox"/> 2 (أ ل م م ت و س ط أ ل ق د ر) <input type="checkbox"/> 3 (أ ل م ق و ي) <input type="checkbox"/> 4 (أ ل م ق و ي ج د ا)
DA QUANTO TEMPO? <input type="checkbox"/> DA UN' ORA <input type="checkbox"/> DA UN GIORNO <input type="checkbox"/> DA UNA SETTIMANA <input type="checkbox"/> >DI UNA SETTIMANA	؟ى ت م ذ ن م د د د <input type="checkbox"/> ة ع ا س ذ ن م <input type="checkbox"/> م و ي ذ ن م <input type="checkbox"/> ع و ب س ا ذ ن م <input type="checkbox"/> ع و ب س ا ن م ر ت ك ا ذ ن م
QUANTO E' DURATO? <input type="checkbox"/> POCHI MINUTI <input type="checkbox"/> UN' ORA <input type="checkbox"/> UN GIORNO	؟م و د ي م ك د د د <input type="checkbox"/> ق ن ا ق د م ع ض ب <input type="checkbox"/> ة ع ا س <input type="checkbox"/> م و ي
E' LA PRIMA VOLTA CHE HAI QUESTO DOLORE ? <input type="checkbox"/> SI <input type="checkbox"/> NO	؟م ل ل أ ا ن ه ب ر ع ش ت ي ت ل ل ا ل ل و ل ا أ ق ر م ل ا ي ه ل ه <input type="checkbox"/> نعم <input type="checkbox"/> لا
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	؟ل ع ف ت ت ن ك ا ذ ا م م ل ل ا أ ا د ب ا م د ذ ع (ممكن أكثر من إجابة) <input type="checkbox"/> ح ا ت ر ت <input type="checkbox"/> ل م ع ت <input type="checkbox"/> ل ك ا ت <input type="checkbox"/> ل ع ف ن ت <input type="checkbox"/> ل و ي ت <input type="checkbox"/> ك ت ج ا د ي ض ق ت (ط و غ ت) <input type="checkbox"/> ع ي ق ت <input type="checkbox"/> ل ع س ت

SCHEDA ACCOGLIENZA DEI PAZIENTI STRANIERI IN PRONTO SOCCORSO
ARABO

Rev 0.0 2024



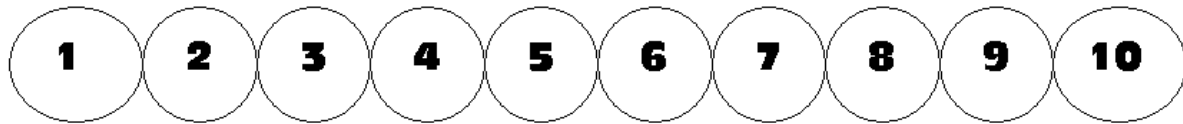
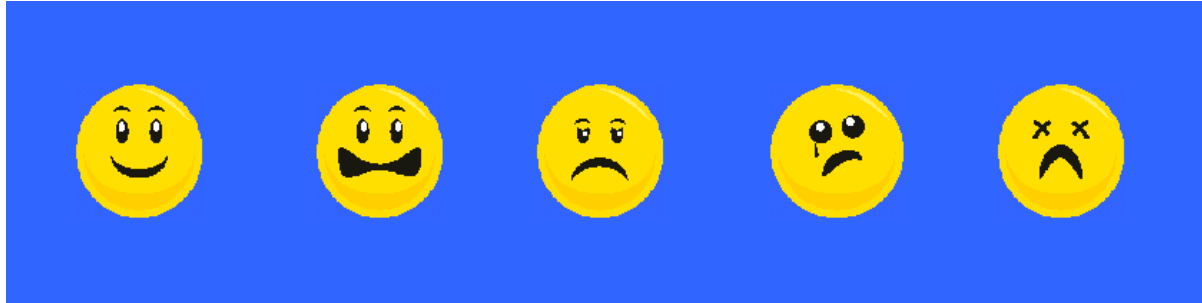
MOSTRAMI **DOVE** SENTI **DOLORE** E DOVE SI ESTENDE?

أعلامسرلأى إلى رظناً؟ دتمينياً إلى و ملأأب رعشتنياً لد

Rev 0.0 2024

QUANTO DOLORE SENTI ?

؟مك ددد ، ملأب رعشت هل



NIENTE	POCO	ABBASTANZA	FORTE	FORTISSIMO
لا شيء	قليل	مزعج	قوي	قوي جداً

ITALIANO	عربي
HAI FEBBRE? SI NO	؟تاراد كيدل ه <input type="checkbox"/> نعم <input type="checkbox"/> لا
FAI FATICA A RESPIRARE? SI NO	؟تبيو عصب س فننت ه <input type="checkbox"/> نعم <input type="checkbox"/> لا
HAI AVUTO UN PROBLEMA CRONICO RESPIRATORIO? SI NO	؟نمزم س فننت ضرر م كيدل ناكل ه <input type="checkbox"/> نعم <input type="checkbox"/> لا
HAI AVUTO TOSSE CON CATARRO? <input type="checkbox"/> SI <input type="checkbox"/> NO	؟مغلط زارفا عمل اعسد كيدل ه <input type="checkbox"/> نعم <input type="checkbox"/> لا
TOSSE CON SANGUE ? <input type="checkbox"/> SI <input type="checkbox"/> NO	؟مد زارفا عمل اعسد كيدل ه <input type="checkbox"/> نعم <input type="checkbox"/> لا
TI SI GONFIANO I PIEDI? SI NO	؟كيلجر خفتنت ه <input type="checkbox"/> نعم <input type="checkbox"/> لا
HAI PERSO COSCIENZA? <input type="checkbox"/> SI <input type="checkbox"/> NO	؟كيعو تدقق ه <input type="checkbox"/> نعم <input type="checkbox"/> لا
INDICA QUALE PARTE DEL CORPO MUOVI MENO	دل أي طرف في جسمك تحرك أقل
INDICA IN QUALE PARTE HAI MENO SENSIBILITA'	دل أي طرف في جسمك تشعر بإحساس أقل

SCHEDA ACCOGLIENZA DEI PAZIENTI STRANIERI IN PRONTO SOCCORSO
ARABO

Rev 0.0 2024

HAI VERTIGINI ? SI NO	<input type="checkbox"/> نعم <input type="checkbox"/> لا	؟تخود كيدل هـ
HAI DISTURBI UDITIVI ? <input type="checkbox"/> SI <input type="checkbox"/> NO	<input type="checkbox"/> نعم <input type="checkbox"/> لا	؟مع مسأب بار طض كيدل هـ
HAI DISTURBI VISIVI ? <input type="checkbox"/> SI <input type="checkbox"/> NO	<input type="checkbox"/> نعم <input type="checkbox"/> لا	؟رظنأب هل لديك إضطراب
HAI CEFALEA ? <input type="checkbox"/> SI <input type="checkbox"/> NO	<input type="checkbox"/> نعم <input type="checkbox"/> لا	؟سأر لأب ملأ كيدل هـ
HAI AVUTO CONVULSIONI E SPASMI MUSCOLARI ? SI NO	<input type="checkbox"/> نعم <input type="checkbox"/> لا	؟تلاضع ج نشتب ترعشد وأ عرض كباصأ ل هـ

ITALIANO	عربي
HAI AVUTO VOMITO ? <input type="checkbox"/> SI <input type="checkbox"/> NO	؟ي ق كباصأ ل هـ <input type="checkbox"/> نعم <input type="checkbox"/> لا
1. CIBO 2. LIQUIDI 3. SANGUE 4. BILE	١. ماعط ٢. لئاويد ٣. دم ٤. قرار ملأ لئاس (أار فصلاً . ٤)
HAI AVUTO NAUSEA ? <input type="checkbox"/> SI <input type="checkbox"/> NO	؟ن ايدغ كباصأ ل هـ <input type="checkbox"/> نعم <input type="checkbox"/> لا
HAI DEFECATO REGOLARMENTE? SI NO STIPSI DIARREA	؟ي عيبط ل كشب طوغتل هـ <input type="checkbox"/> نعم <input type="checkbox"/> لا <input type="checkbox"/> إمساك <input type="checkbox"/> إسهال
HAI URINATO REGOLARMENTE? SI NO CON BRUCIORE CON DIFFICOLTA'	؟ي عيبط ل كشب تابل هـ <input type="checkbox"/> نعم <input type="checkbox"/> لا <input type="checkbox"/> مع حريق <input type="checkbox"/> بصعوبة

SCHEDA ACCOGLIENZA DEI PAZIENTI STRANIERI IN PRONTO SOCCORSO
ARABO

Rev 0.0 2024

ACCESSO IN PRONTO SOCCORSO PER TRAUMA

الدخول إلى قسم الطوارئ لصدمة

ITALIANO	عربي
<p>HAI AVUTO UN INCIDENTE STRADALE?</p> <p>TI SEI FATTO MALE</p> <p><input type="checkbox"/> LITIGANDO</p> <p><input type="checkbox"/> CON UN OGGETTO TAGLIENTE</p> <p><input type="checkbox"/> CON MACCHINARI</p> <p><input type="checkbox"/> CON ARMI DA FUOCO</p> <p><input type="checkbox"/> IN ALTRI MODI</p>	<p>؟ریدت داحد تبصاً لھ</p> <p>هل تأذيت:</p> <p><input type="checkbox"/> كإراء دعب</p> <p><input type="checkbox"/> عطاقه عي شبد</p> <p><input type="checkbox"/> تلاب</p> <p><input type="checkbox"/> یراند حلاسب</p> <p><input type="checkbox"/> یرخاً تقیرط یأب</p>
<p>E' STATO UN INFORTUNIO SUL LAVORO ?</p>	<p>؟كلمء ناكم یف داحد تبصاً لھ</p>
<p>INDICA QUALI SONO LE PARTI DEL CORPO CONTUSE. SE HAI ARTICOLAZIONI CON RIDOTTA MOBILITÀ, INDICA QUALI.</p>	<p>دل أي طرف فی جسمك تضرر إن كان لديك مفاصل تتحرك بصعوبة دل علیها</p>
<p>HAI RESPIRATO</p> <p><input type="checkbox"/> FUMI DI COMBUSTIONE?</p> <p><input type="checkbox"/> SOSTANZE CHIMICHE?</p>	<p>؟تسفتتلھ</p> <p><input type="checkbox"/> قیردن اخد</p> <p><input type="checkbox"/> تینایمیک داوم</p>
<p>HAI SUBITO VIOLENZA SESSUALE ?</p>	<p>؟فی سنج باصدغای لئ تضرعتلھ</p>
<p>HAI AVUTO UNA AGGRESSIONE ?</p>	<p>؟ءادتعای لئ تضرعتلھ</p>
<p>TI SEI USTIONATO?</p> <p><input type="checkbox"/> NO</p> <p><input type="checkbox"/> SI</p> <ul style="list-style-type: none"> • ACIDO • OLIO • FUOCO • ACQUA • VAPORE 	<p>؟قردی لئ تضرعتلھ</p> <p><input type="checkbox"/> نعم</p> <p><input type="checkbox"/> لا</p> <p>- بحمض</p> <p>- بزیت</p> <p>- من حریق</p> <p>- من ماء</p> <p>- من بخار</p>
<p>COME TI SENTI?</p> <ul style="list-style-type: none"> • MEGLIO • PEGGIO • COME PRIMA 	<p>؟ن لآ رعشتت فیک</p> <p><input type="checkbox"/> لضافاً</p> <p><input type="checkbox"/> أوساً</p> <p><input type="checkbox"/> ق باسلأ یف امك</p>