

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><b>LUOGO DI NASCITA, STATO</b>  <i>Місце народження, національність</i></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><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"/> ні</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><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 IN PRONTO SOCCORSO  
UCRAINO

Rev 0.0 2024

<b>PREGRESSO INFARTO DEL MIOCARDIO</b>	<input type="checkbox"/>	SI	<input type="checkbox"/>	NO
<i>наявність перенесеного міокардичного інфаркту</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 IN PRONTO SOCCORSO  
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 IN PRONTO SOCCORSO  
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 антиаритмії</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>антиалергічні</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> ..... ..... .....		

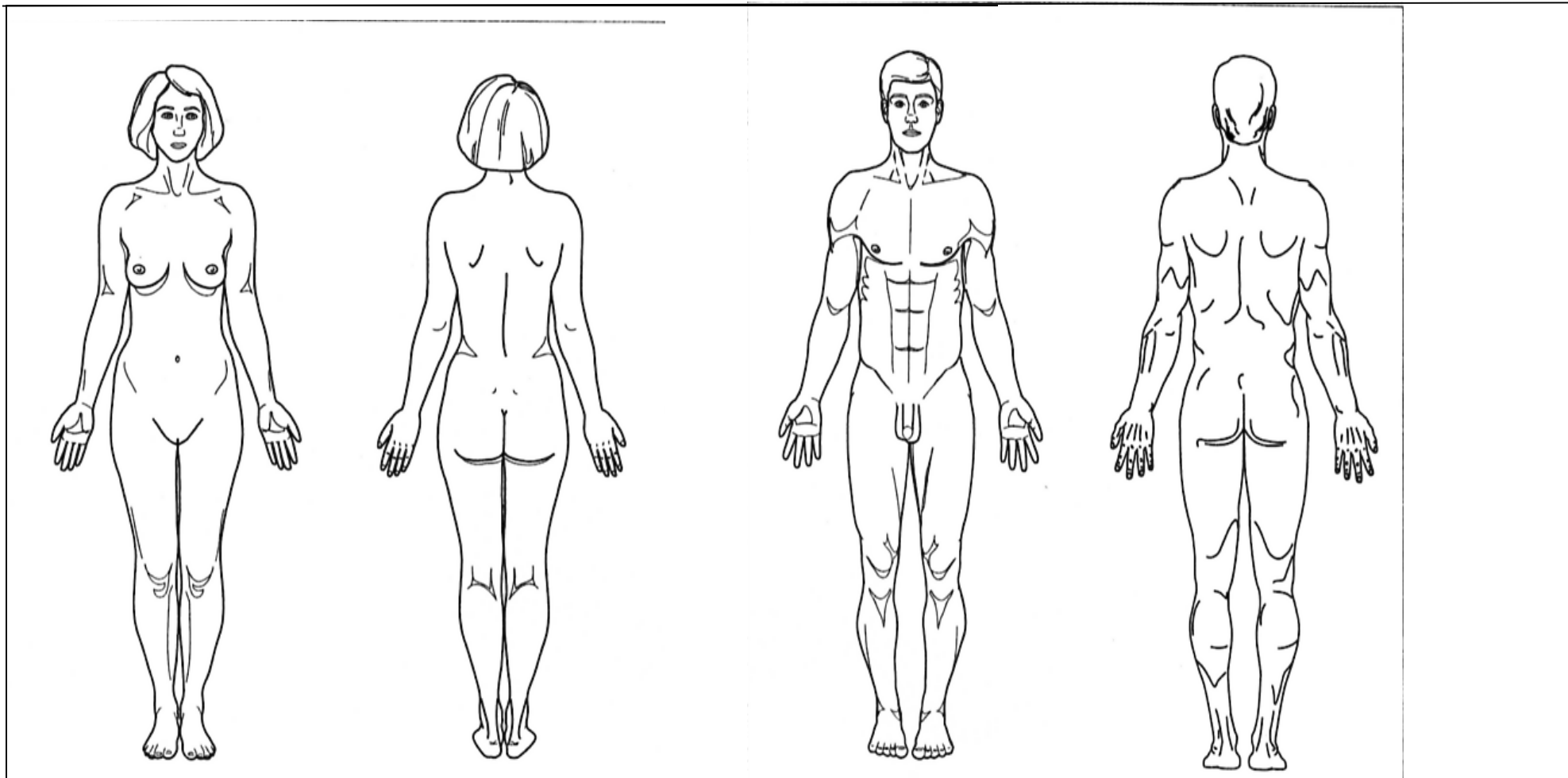
Rev 0.0 2024

**ACCESSO IN PRONTO SOCCORSO PER MALATTIA**  
*Поступ до швидкої допомоги з причини захворювання*

ITALIANO	UKRAINO
<p>SENTI <b>DOLORE</b> O ALTRI DISTURBI?</p> <p><input type="checkbox"/> SI <input type="checkbox"/> NO,</p> <p>SPIEGA COME TI SENTI:</p> <p><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</p>	<p><i>Відчуваєш біль чи інші хвилювання?</i></p> <p><input type="checkbox"/> так <input type="checkbox"/> ні</p> <p><i>Поясни як ти себе відчуваєш:</i></p> <p><input type="checkbox"/> потрясено <input type="checkbox"/> головокружіння <input type="checkbox"/> оніміння, де саме його відчуваєш? <input type="checkbox"/> слабкість <input type="checkbox"/> нервово, тривожно <input type="checkbox"/> схильність до вимітання <input type="checkbox"/> ніякий з цих симптомів</p>
<p>IL <b>DOLORE</b> E' FORTE?</p> <p><input type="checkbox"/> NO <input type="checkbox"/> SI, QUANTO?</p> <p><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</p>	<p><i>Чи сильним є біль?</i></p> <p><input type="checkbox"/> ні <input type="checkbox"/> так, наскільки?</p> <p><input type="checkbox"/> ніякого болю 0 <input type="checkbox"/> легкий біль 1 <input type="checkbox"/> помірний біль 2 <input type="checkbox"/> сильний біль 3 <input type="checkbox"/> дуже сильний біль 4</p>
<p>DA QUANTO TEMPO?</p> <p><input type="checkbox"/> DA UN' ORA <input type="checkbox"/> DA UN GIORNO <input type="checkbox"/> DA UNA SETTIMANA <input type="checkbox"/> &gt;DI UNA SETTIMANA</p>	<p><i>Відколи почався біль?</i></p> <p><input type="checkbox"/> приблизно годину назад <input type="checkbox"/> приблизно день назад <input type="checkbox"/> приблизно тиждень назад <input type="checkbox"/> &gt;один тиждень назад</p>
<p>QUANTO E' DURATO?</p> <p><input type="checkbox"/> POCHI MINUTI <input type="checkbox"/> UN' ORA <input type="checkbox"/> UN GIORNO</p>	<p><i>Який час тривав?</i></p> <p><input type="checkbox"/> пару хвилин <input type="checkbox"/> годину <input type="checkbox"/> один день</p>
<p>E' LA PRIMA VOLTA CHE HAI QUESTO <b>DOLORE</b>?</p> <p><input type="checkbox"/> SI <input type="checkbox"/> NO</p>	<p><i>Це вперше, що відчуваєш такий біль?</i></p> <p><input type="checkbox"/> так <input type="checkbox"/> ні</p>
<p>QUANDO IL <b>DOLORE</b> E' COMINCIATO, COSA STAVI FACENDO? (UNA O PIU' RISPOSTE)</p> <p><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</p>	<p><i>Коли почався біль, чим ти займався на той момент? (одна або більше відповідей)</i></p> <p><input type="checkbox"/> відпочивав <input type="checkbox"/> працював фізично <input type="checkbox"/> їв <input type="checkbox"/> був під враженням <input type="checkbox"/> пісяв <input type="checkbox"/> какав <input type="checkbox"/> вимітав <input type="checkbox"/> кашляв</p>

SCHEDA ACCOGLIENZA DEI PAZIENTI STRANIERI IN PRONTO SOCCORSO  
UCRAINO

Rev 0.0 2024




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

ПОКАЖИ ДЕ ТИ ВІДЧУВАЄШ БІЛЬ І КУДИ ВІН РОЗЛЯГАЄТЬСЯ?

Rev 0.0 2024

**QUANTO DOLORE SENTI?**  
**ЯК СИЛЬНО ВІДЧУВАЄШ БІЛЬ?**

									
1	2	3	4	5	6	7	8	9	10
NIENTE		POCO		ABBASTANZA		FORTE		FORTISSIMO	
НЕ ВІАЧУВАЮ		НЕ СИЛЬНО		ДОСИТЬ СИЛЬНО		СИЛЬНО		ДУЖЕ СИЛЬНО	

ITALIANO	UKRAINO
HAI FEBBRE? SI NO	<i>Маєш температуру?</i> так ні
FAI FATICA A RESPIRARE? SI NO	<i>Важко дихаєш?</i> так ні
HAI AVUTO UN PROBLEMA CRONICO RESPIRATORIO? SI NO	<i>Чи мав ти хронічну проблему дихання?</i> так ні
HAI AVUTO TOSSE CON CATARRO? SI NO	<i>Чи мав мокрий кашель?</i> так ні
TOSSE CON SANGUE ? <input type="checkbox"/> SI <input type="checkbox"/> NO	<i>Кашель з кровю?</i> так ні
TI SI GONFIANO I PIEDI? SI NO	<i>Напухають тобі ноги?</i> так ні
HAI PERSO COSCIENZA? <input type="checkbox"/> SI <input type="checkbox"/> NO	<i>Втрачував свідомість?</i> так ні

**SCHEDA ACCOGLIENZA DEI PAZIENTI STRANIERI IN PRONTO SOCCORSO  
UCRAINO**

Rev 0.0 2024

<b>INDICA</b> QUALE PARTE DEL CORPO MUOVI MENO	<i>Вкажи якою частиною тіла тобі важче рухати?</i>
<b>INDICA</b> IN QUALE PARTE HAI MENO SENSIBILITA'	<i>Вкажи яка частина є менш чутливою?.</i>
HAI <b>VERTIGINI</b> ? <input type="checkbox"/> SI <input type="checkbox"/> NO	<i>Маєш головокружіння?</i> <input type="checkbox"/> так <input type="checkbox"/> ні
HAI <b>DISTURBI UDITIVI</b> ? <input type="checkbox"/> SI <input type="checkbox"/> NO	<i>Нотуєш порушення слуху?</i> <input type="checkbox"/> так <input type="checkbox"/> ні
HAI <b>DISTURBI VISIVI</b> ? <input type="checkbox"/> SI <input type="checkbox"/> NO	<i>Нотуєш порушення зору?</i> <input type="checkbox"/> так <input type="checkbox"/> ні
HAI <b>CEFALEA</b> ? <input type="checkbox"/> SI <input type="checkbox"/> NO	<i>Маєш головну біль?</i> <input type="checkbox"/> так <input type="checkbox"/> ні
HAI AVUTO <b>CONVULSIONI E SPASMI MUSCOLARI</b> ? <input type="checkbox"/> SI <input type="checkbox"/> NO	<i>Чи мав ти судороги або спазми м'язів?</i> <input type="checkbox"/> так <input type="checkbox"/> ні

<b>ITALIANO</b>	<b>UKRAINO</b>
HAI AVUTO <b>VOMITO</b> ? NO SI  1. CIBO 2. LIQUIDI 3. SANGUE 4. BILE	<i>Чи вимітав ти?</i> <input type="checkbox"/> так <input type="checkbox"/> ні  1. їжу 2. рідину 3. кров 4. жовч
HAI AVUTO <b>NAUSEA</b> ? <input type="checkbox"/> SI <input type="checkbox"/> NO	<i>Чи мав тошноту?</i> <input type="checkbox"/> так <input type="checkbox"/> ні
HAI <b>DEFECATO</b> REGOLARMENTE? SI NO STIPSI DIARREA	<i>Чи випорожнювався регулярно?</i> <input type="checkbox"/> так <input type="checkbox"/> ні <input type="checkbox"/> запор <input type="checkbox"/> понос
HAI <b>URINATO</b> REGOLARMENTE? <input type="checkbox"/> SI <input type="checkbox"/> NO <input type="checkbox"/> CON BRUCIORE <input type="checkbox"/> CON DIFFICOLTA'	<i>Чи мочився регулярно?</i> <input type="checkbox"/> так <input type="checkbox"/> ні <input type="checkbox"/> з відчуттям різання <input type="checkbox"/> з трудностю



Rev 0.0 2024

**ACCESSO IN PRONTO SOCCORSO PER TRAUMA**  
*Поступ до швидкої допомоги з причини травми*

ITALIANO	UKRAINO
<p><b>HAI AVUTO UN INCIDENTE STRADALE?</b></p> <p>TI SEI FATTO MALE</p> <ul style="list-style-type: none"> <li><input type="checkbox"/> LITIGANDO</li> <li><input type="checkbox"/> CON UN OGGETTO TAGLIENTE</li> <li><input type="checkbox"/> CON MACCHINARI</li> <li><input type="checkbox"/> CON ARMI DA FUOCO</li> <li><input type="checkbox"/> IN ALTRI MODI</li> </ul>	<p><i>Ти є потерпівшим дорожньої аварії?</i></p> <p><i>Ти поранився</i></p> <ul style="list-style-type: none"> <li><input type="checkbox"/> сварючись</li> <li><input type="checkbox"/> якимось гострим предметом</li> <li><input type="checkbox"/> машинерією</li> <li><input type="checkbox"/> зброєю</li> <li><input type="checkbox"/> в інший спосіб</li> </ul>
<p>E' STATO UN INFORTUNIO SUL LAVORO ?</p> <ul style="list-style-type: none"> <li><input type="checkbox"/> SI</li> <li><input type="checkbox"/> NO</li> </ul>	<p><i>Це стався нещасний випадок на роботі?</i></p> <ul style="list-style-type: none"> <li><input type="checkbox"/> так</li> <li><input type="checkbox"/> ні</li> </ul>
<p>INDICA QUALI SONO LE PARTI DEL CORPO CONTUSE. SE HAI ARTICOLAZIONI CON RIDOTTA MOBILITÀ, INDICA QUALI.</p>	<p><i>Вкажи які частини тіла є пошкодженими? Якщо деякі суглобиважско рухати, вкажи які.</i></p>
<p>HAI RESPIRATO</p> <ul style="list-style-type: none"> <li><input type="checkbox"/> FUMI DI COMBUSTIONE?</li> <li><input type="checkbox"/> SOSTANZE CHIMICHE?</li> </ul>	<p><b>Вдихав</b></p> <ul style="list-style-type: none"> <li><input type="checkbox"/> дим пожежі</li> <li><input type="checkbox"/> хімічні речовини</li> </ul>
<p>HAI SUBITO VIOLENZA SESSUALE?</p>	<p><i>Ти стався жертвою сексуального насильства?</i></p>
<p>HAI AVUTO UNA AGGRESSIONE ?</p>	<p><i>Ти стався жертвою нападу?</i></p>
<p><b>TI SEI USTIONATO?</b></p> <ul style="list-style-type: none"> <li><input type="checkbox"/> NO</li> <li><input type="checkbox"/> SI</li> </ul> <ul style="list-style-type: none"> <li>• ACIDO</li> <li>• OLIO</li> <li>• FUOCO</li> <li>• ACQUA</li> <li>• VAPORE</li> </ul>	<p><b>Ти попівся?</b></p> <ul style="list-style-type: none"> <li><input type="checkbox"/> ні</li> <li><input type="checkbox"/> так</li> </ul> <ul style="list-style-type: none"> <li>• кислотою</li> <li>• олієм</li> <li>• вогнем</li> <li>• водою</li> <li>• парою</li> </ul>
<p><b>COME TI SENTI?</b></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>• MEGLIO</li> <li>• PEGGIO</li> <li>• COME PRIMA</li> </ul>	<p><b>Як ти себе почуваси?</b></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>• краще</li> <li>• гірше</li> <li>• як раніше</li> </ul>