



Soroptimist International Club di Lomellina
Soroptimist International Club di Merate

Guida sanitaria multilingue

per i cittadini e gli operatori sanitari

Посібник з охорони здоров'я

для громадян та операторів



EDIZIONE IN LINGUA UCRAINA
ВИДАННЯ УКРАЇНСЬКОЮ МОВОЮ

Indice - зміст

SEZIONE PER IL MEDICO/FARMACISTA РОЗДІЛ ДЛЯ ЛІКАРЯ/ФАРМАЦЕВТОГО ФАХІВЦЯ

1- Paese di origine - Viaggi КРАЇНА НАРОДЖЕННЯ - ПОДОРОЖ	1 - 2
2- Condizioni ambientali - abitative УМОВИ СЕРЕДОВИЩА-ЖИТТЯ	
3- Dieta ХАРЧУВАННЯ	
4- Professione - Tempo libero ПРОФЕСІЯ - ВІЛЬНИЙ ЧАС	
5- Anamnesi familiare - Fisiologica РОДИНО - ФІЗІОЛОГІЧНА ІСТОРІЯ	3- 4
6- Anamnesi ginecologica ГІНЕКОЛОГІЧНА ІСТОРІЯ	
7- Anamnesi patologica - Intervista al paziente ДОПИТУВАННЯ ПАЦІЄНТА	5-6-7-8-9
8- Visita medica МЕДИЧНИЙ ОГЛЯД	8-9-10
9- Richiesta di esami del sangue / Strumentali ЗАПИТ НА АНАЛІЗ КРОВІ / ІНСТРУМЕНТАЛЬНІ АНАЛІЗИ	11-12
10- Farmaci/ Vaccini ЛІКИ/ВАКЦИНИ	
11- Prescrizioni terapeutiche ТЕРАПЕВТИЧНІ РЕЦЕПТИ	
12- Certificati ЧЕРТИФІКАТИ	13 - 14

Sezione per il Cittadino РОЗДІЛ ДЛЯ НАСЕЛЕННЯ

Se ti occorre un medico o un farmacista ВАМ ПОТРІБНИЙ ЛІКАР АБО ЛІКИ	15
Vocabolario СЛОВНИК	16

Guida sanitaria multilingue

per i cittadini e gli operatori sanitari

Guida all'anamnesi ed alla terapia

SEZIONE PER IL MEDICO/FARMACISTA OPERATORE SANITARIO

1. PAESI D'ORIGINE - VIAGGI

- 1) Qual è il suo Paese d'origine?
- 2) Parla e capisce:
- | | | |
|-------------|-----------------------------|-----------------------------|
| a) italiano | <input type="checkbox"/> si | <input type="checkbox"/> no |
| b) inglese | <input type="checkbox"/> si | <input type="checkbox"/> no |
| c) francese | <input type="checkbox"/> si | <input type="checkbox"/> no |
- 3) Qual è stato l'ultimo Paese da lei visitato?

2. CONDIZIONI AMBIENTALI-ABITATIVE

- 1) Dove vive?
- | | | |
|-------------------------------|-----------------------------|-----------------------------|
| a) In un appartamento | <input type="checkbox"/> si | <input type="checkbox"/> no |
| b) in uno stabile abbandonato | <input type="checkbox"/> si | <input type="checkbox"/> no |
| c) all'addiaccio | <input type="checkbox"/> si | <input type="checkbox"/> no |
- 2) Convive con altre persone?
- 3) Nella sua abitazione c'è:
- | | | |
|-------------------|-----------------------------|-----------------------------|
| a) acqua corrente | <input type="checkbox"/> si | <input type="checkbox"/> no |
| b) riscaldamento | <input type="checkbox"/> si | <input type="checkbox"/> no |
| c) bagno | <input type="checkbox"/> si | <input type="checkbox"/> no |
- 4) Nella sua abitazione ci sono animali domestici?
- 5) Vive in:
- | | | |
|-------------|-----------------------------|-----------------------------|
| a) campagna | <input type="checkbox"/> si | <input type="checkbox"/> no |
| b) città | <input type="checkbox"/> si | <input type="checkbox"/> no |

3. DIETA

- 1) Consuma bevande alcoliche? si no
- 2) Quanti bicchieri al giorno?
- 3) Ha mangiato alimenti crudi? si no
- 4) Ha bevuto acqua non imbottigliata? si no
- 5) Ha bevuto latte fresco non confezionato? si no

4. PROFESSIONE/TEMPO LIBERO

- 1) Che lavoro svolge? a) Agricoltore/ b) muratore/ c) operaio di industria alimentare/ d) di industria tessile/ e) di industria meccanica/ f) tipografo/ g) idraulico/ h) impiegato/ i) casalinga/ l) badante/ m) imbianchino/ n) dirigente/ o) libero professionista/ p) commerciante
- 2) Il suo lavoro implica contatti con sostanze chimiche si no
- 3) Prima dell'attuale, ha svolto altri lavori? Quali?
- 4) Lavora:
- | | | |
|-----------------------|-----------------------------|-----------------------------|
| a) all'aperto | <input type="checkbox"/> si | <input type="checkbox"/> no |
| b) in ambiente chiuso | <input type="checkbox"/> si | <input type="checkbox"/> no |

Посібник з охорони здоров'я для громадян та операторів

посібник з історії хвороби та терапії

РОЗДІЛ ДЛЯ ЛІКАРЯ/ФАРМАЦЕВТОГО ФАХІВЦЯ

1. КРАЇНА НАРОДЖЕННЯ - ПОДОРОЖ

- 1) Яка ваша країна народження?:
- 2) Розмовляєте або розумієте:
- | | | |
|---------------|------------------------------|-----------------------------|
| а) італійську | <input type="checkbox"/> так | <input type="checkbox"/> ні |
| б) англійську | <input type="checkbox"/> так | <input type="checkbox"/> ні |
| с) французьку | <input type="checkbox"/> так | <input type="checkbox"/> ні |
- 3) Яку країну ви востаннє відвідали?
-

2. УМОВИ СЕРЕДОВИЩА-ЖИТТЯ

- 1) Де ти живеш?
- | | | |
|------------------------|------------------------------|-----------------------------|
| а) в квартирі | <input type="checkbox"/> так | <input type="checkbox"/> ні |
| б) в покинутій будівлі | <input type="checkbox"/> так | <input type="checkbox"/> ні |
| в) на вулиці | <input type="checkbox"/> так | <input type="checkbox"/> ні |
- 2) Ви живете з іншими людьми?
- 3) У вашому будинку є:
- | | | |
|------------------|------------------------------|-----------------------------|
| а) проточна вода | <input type="checkbox"/> так | <input type="checkbox"/> ні |
| б) опалення | <input type="checkbox"/> так | <input type="checkbox"/> ні |
| в) туалет | <input type="checkbox"/> так | <input type="checkbox"/> ні |
- 4) Чи є у вашому домі домашні тварини?
- 5) Ви проживаєте:
- | | | |
|------------------------|------------------------------|-----------------------------|
| а) сільська місцевість | <input type="checkbox"/> так | <input type="checkbox"/> ні |
| б) місто | <input type="checkbox"/> так | <input type="checkbox"/> ні |
-

3. ХАРЧУВАННЯ

- 1) Чи вживаєте Ви алкогольні напої? так ні так ні
- 2) Скільки склянок на день?
- 3) Ви їли сиру їжу? так ні так ні
- 4) Ви пили воду без пляшок? так ні так ні
- 5) Ви пили свіже молоко без упаковок? так ні так ні
-

4. ПРОФЕСІЯ / ВІЛЬНИЙ ЧАС

- 1) Яку роботу ви виконуєте? а) Фермер / б) муляр / с) в харчовій промисловості/ д) текстильна промисловість / е) механічна промисловість / ф) типограф / г) сантехнік / h) службовець / і) домогосподарка / 1) доглядальниця / м) маляр / п) менеджер / о) позаштатний / р) торговець
- 2) Ваша робота пов'язана з контактами з хімічними речовинами так ні
- 3) До теперішньої роботи ви виконували якусь іншу роботу? Яку
- 4) Ви працюєте :
- | | | |
|--------------------------|------------------------------|-----------------------------|
| а) на відкритому повітрі | <input type="checkbox"/> так | <input type="checkbox"/> ні |
| б) у приміщенні | <input type="checkbox"/> так | <input type="checkbox"/> ні |

5. ANAMNESI FAMILIARE - FISIOLOGICA

- 1) È sposato? si no
- 2) Convivente con un partner? si no
- 3) Ha figli? si no
- 4) Quanti?
- 5) Di che età?
- 6) I suoi familiari soffrono di malattie importanti, quali a) diabete/ b) ipertensione arteriosa/ c) malattie cardiache/ d) malattie genetiche/ e) allergie/ f) tumori/ g) tubercolosi/ h) infezione da HIV/ i) epatiti/ l) lebbra?
- 7) Fa uso o ha fatto uso di sostanze stupefacenti? si no
-

6. ANAMNESI GINECOLOGICA

- 1) A quanti anni ha avuto le prime mestruazioni?
- 2) Ha avuto gravidanze: a) normali si no
 b) complicate si no
 c) aborti si no
- 3) Ritiene di essere in gravidanza? si no
- 4) Data delle ultime mestruazioni
- Gennaio
- Febbraio
- Marzo
- Aprile
- Maggio
- Giugno
- Luglio
- Agosto
- Settembre 1 - 7
- Ottobre 8 - 14
- Novembre 15 - 21
- Dicembre 22 - 31
- 5) È in menopausa? si no
- 6) Da quanti anni?
- 7) Ha dolori mestruali? si no
- 8) Ha perdite intermestruali? si no
- 9) Ha prurito vaginale? si no
- 10) Ha dolore durante i rapporti sessuali? si no
- 11) Sta allattando? si no
- 12) Prende la pillola? si no
- 13) Assume farmaci per la menopausa? si no
- 14) Le è stata posizionata una spirale (IUD)? si no
- 15) Ha fatto un pap test? si no
- 16) Quando?
- 17) Ha fatto una mammografia? si no
- 18) Quando?

5. РОДИНО - ФІЗІОЛОГІЧНА ІСТОРІЯ

- 1) Ви одружені? так ні так ні
- 2) Спільне проживання з кимось? так ні так ні
- 3) Чи є у вас діти? так ні так ні
- 4) Скільки?
- 5) Якого віку?
- 6) Члени вашої родини страждають на такі серйозні захворює:
а) цукровийдіабет / б) артеріальна гіпертензія / с) захворює
серця / d) генетичні захворюєвання/ е) алергія / f) пухлини / g)т
h) ВІЛ-інфекція / і) гепатит / 1) проказа?
- 7) Ви вживаєє чи вживали наркотики? так ні
-

6. ГІНЕКОЛОГІЧНА ІСТОРІЯ

- 1) Скільки вам було років, коли у вас була перша менструація?
- 2) Чи були у вас вагітність: а) нормальна так ні
б) ускладнена так ні
в) аборти так ні
- 3) Ви зараз вагітні? так ні
- 4) Дата останньої менструації?
січень
лютий
березень
квітень травень
червень
липень
серпень
вересень 1-7
жовтень 8-14
листопад 15-21
грудень 22-31
- 5) У вас менопауза? так ні
- 6) Скільки років тому?
- 7) Чи є у вас менструальні болі? так ні
- 8) Чи є у вас міжменструальні пердіти? так ні
- 9) Чи є у вас вагінальний свербіж? так ні
- 10) Чи бувають у вас під час статевого акту болі? так ні
- 11) Ви годуєє грудьми? так ні
- 12) Ви приймаєє протизаплідні таблетки? так ні
- 13) Ви приймаєє ліки від менопаузи? так ні
- 14) Чи встановили вам спіраль (ВМС)? так ні
- 15) Чи робили у вас мазок? так ні
- 16) Коли? так ні
- 17) Ви робили мамографію? так ні
- 18) Коли?

7. ANAMNESI PATOLOGICA/INTERVISTA AL PAZIENTE

- 1) Ha con se documentazione medica di a) visite/ b) ricoveri/ c) interventi chirurgici/ d) esami del sangue/ e) esami strumentali?
- 2) Ha subito: a) interventi chirurgici si no
 b) infortuni sul lavoro si no
 c) infortuni a domicilio si no
- 3) Da bambino ha avuto: a) la varicella si no
 b) il morbillo si no
 c) la rosolia si no
 d) gli orecchioni si no
 e) la scarlattina si no
 f) il reumatismo articolare acuto si no
- 4) Soffre di: a) asma si no
 b) malattie allergiche b1) respiratorie/
 b2) alimentari/ b3) della pelle?
- 5) Ha contratto: a) la tubercolosi si no
 b) l'epatite si no
 c) l'infezione da HIV si no
 d) la lebbra si no
- 6) Ha mai avuto tumori? si no
- 7) Ha mai fatto radioterapia o chemioterapia? si no
- 8) Ha mai ricevuto trasfusioni di sangue? si no
- 9) Se si, dove e quando è stato trasfuso?
- 10) Soffre di malattie del sangue? si no
- 11) Soffre di emofilia? si no
- 12) Perde sangue con: a) le feci si no
 b) urine si no
 c) dal naso si no
 d) dai genitali si no
 e) mentre tossisce si no
- 13) Ha il diabete? si no
- 14) Soffre di malattie: a) della tiroide si no
 b) del surrene si no
 c) dell'ipofisi si no
- 15) Soffre di malattie del rene? si no
- 16) È in dialisi? si no
- 17) Soffre di malattie: a) dello stomaco si no
 b) del fegato si no
 c) dell'intestino si no
- 18) Soffre di malattie croniche respiratorie? si no
- 19) Ha la pressione: a) alta si no
 b) bassa si no
- 20) Soffre di malattie del cuore? dei vasi sanguigni?
 a) infarto si no
 b) angina si no

7. ДОПИТУВАННЯ ПАЦІЄНТА

- 1) Маєте з собою медичну картку про а) відвідування / б) госпіталізації /
с) хірургічні втручання d) аналізи крові / е) інструментальні дослідження?
- 2) Ви перенесли: а) хірургічні втручання так ні
 б) нещасні випадки на виробництві так ні
 с) нещасні випадки вдома так ні
- 3) У дитинстві хворів: а) вітряною так ні
 б) кір так ні
 с) краснуха так ні
 d) епідемічний паротит так ні
 е) скарлатина так ні
 f) гострий ревматизм суглобів так ні
- 4) Ви страждаєте на: а) астму так ні
 б) алергічні захворювання б1) респіраторні
 б2) харчовального апарату б3) шкіри?
- 5) Хворіли Ви? а) туберкульозом так ні
 б) гепатитом так ні
 с) ВІЛ-інфекція так ні
 d) проказа так ні
- 6) Чи були у вас коли-небудь пухлини? так ні
- 7) Чи проходили ви коли-небудь променеви чи хіміотерапію? так ні
- 8) Чи отримували ви коли-небудь переливання крові? так ні
- 9) Якщо так, то де і коли його перелили?
- 10) Ви страждаєте на захворювання крові? так ні
- 11) Чи страждаєте ви на гемофілію? так ні
- 12) Втрачає кров при: а) з калом так ні
 б) сечою так ні
 с) з носа так ні
 d) від статевих органів так ні
 е) під час кашлю так ні
- 13) У вас цукровий діабет? так ні
- 14) Хворієте на хвороби: а) щитовидної залози так ні
 б) наднирковими так ні
 с) гіпофіза так ні
- 15) Ви страждаєте на захворювання нирок? так ні
- 16) Ви знаходитесь на діалізі? так ні
- 17) Ви хворієте на хвороби : а) шлунка так ні
 б) печінки так ні
 в) кишечник так ні
- 18) Чи страждаєте ви на хронічні захворювання органів дихання? так ні
- 19) Маєте тиск: а) високий так ні
 б) низький так ні
- 20) Чи страждаєте ви на серцеві захворювання?
Або на захворювання кровоносних судини?
 а) інфаркт так ні
 б) стенокардія так ні

- 21) È portatore di: c) aritmia sì no
d) protesi valvolari sì no
e) pacemaker sì no
f) defibrillatore sì no
- 22) Ha disturbi intestinali? a) diarrea sì no
b) stitichezza sì no
- 23) Ha: a) dolori addominali sì no
b) nausea sì no
c) vomito sì no
- 24) Ha quando urina: a) bruciore sì no
b) dolore sì no
c) difficoltà sì no
- 25) Ha disturbi dell'erezione? sì no
- 26) Deglutisce con difficoltà? sì no
- 27) Rigurgita il cibo? sì no
- 28) È recentemente: a) diminuito sì no
b) aumentato di peso sì no
- 29) Quanto e in quanto tempo?
- 30) Ha febbre? sì no
- 31) Quanta?
- 32) Quando?
- 33) Ha notato a) ingrossamento/ b) dolore delle ghiandole?
c) collo sì no
d) inguine sì no
e) ascelle sì no
- 34) Si sente stanco? sì no
- 35) Soffre o ha sofferto di qualche malattia della pelle? sì no
- 36) Ha sulla pelle: a) prurito sì no
b) bruciore sì no
- 37) Dove è localizzato?
- 38) Ha disturbi della: a) vista sì no
b) udito sì no
- 39) Soffre di: a) mal di denti sì no
b) di gola sì no
- 40) Ha: a) dolore al torace sì no
b) tosse sì no
c) catarro sì no
- 41) Ha dolori: a) articolari sì no
b) muscolari sì no
- 42) Localizzati dove?
- 43) Soffre di mal di testa? sì no
- 44) Soffre di: a) ansia sì no
b) depressione sì no
c) variazioni dell'umore sì no

- 21) Ви є носієм:
- а) аритмія так ні
 б) клапанні протези так ні
 в) кардіостимулятор так ні
 г) дефібрилятор так ні
- 22) Чи є у вас проблеми з кишечником?
- а) діарея так ні
 б) запор так ні
- 23) Бувають у вас:
- а) болі в животі так ні
 б) тошнота так ні
 в) блювання так ні
- 24) Коли ви мочитесь у вас бувають:
- а) горіння так ні
 б) біль так ні
 в) труднощі так ні
- 25) Чи є у вас проблеми з ерекцією?
- 26) Ви важко ковтаєте? так ні
- 27) Ви відригуєте їжу? так ні
- 28) Нещодавно Ви:
- а) зменшилися у вазі так ні
 б) збільшення ваги так ні
- 29) Скільки кг і і за який час?
- 30) У вас буває температура? так ні
- 31) Скільки?
- 32) Коли?
- 33) Ви помічаєте:
- а) набряк / б) біль у залс так ні
 в) на шиї так ні
 г) у паху так ні
 д) підмишками так ні
- 34) Ви відчуваєте себе втомлений?
- 35) Чи страждаєте ви чи страждали на якесь шкірне захворювання? так ні
- 36) Страждаєте Ви на:
- а) свербіж так ні
 б) печіння так ні
- 37) Де він розташований?
- 38) Ви маєте порушення:
- а) зору так ні
 б) слуху так ні
- 39) Страждає від болі:
- а) зубів так ні
 б) горло так ні
- 40) Маєте Ви:
- а) грудну біль так ні
 б) кашель так ні
 в) мокротиння так ні
- 41) Маєте болі:
- а) в суглобах так ні
 б) в м'язах так ні
- 42) Де знаходиться?
- 43) Ви страждаєте від головного болю? так ні
- 44) Страждаєте:
- а) тривожним стано так ні
 б) депресією так ні
 в) зміни настрою так ні

- 45) Ha subito: a) interventi chirurgici si no
b) ricoveri in ospedale si no
- 46) Quando e in quale ospedale?
- 47) Ha subito: a) traumi si no
b) incidenti stradali si no
c) è stato ferito si no
d) le sono stati dati punti di sutura si no
- 48) È stato: a) ingessato si no
b) immobilizzato si no
- 49) Ha difficoltà: a) a muoversi si no
b) a camminare si no
c) mantenere l'equilibrio si no
- 50) Ha difficoltà: a) a parlare si no
b) pronunciare le parole si no
c) capire quello che le viene detto si no
- 51) Ha disturbi della memoria? si no
- 52) Ha notato agli arti: a) gonfiore si no
b) dolore si no
c) pallore si no
d) cianosi si no
- 53) Ha difficoltà: a) a respirare a riposo si no
b) mentre cammina si no
c) mentre corre si no
d) mentre sale le scale si no
- 54) Quanti cuscini usa quando dorme?
- 55) Ha avuto rapporti sessuali: a) occasionali si no
b) omosessuali si no
- 56) È stato sottoposto a trapianto di organo? si no
- 57) È portatore di handicap fisico psichico, sensoriale? si no
- 58) Le persone che vivono con lei hanno o hanno avuto gli stessi sintomi? si no

8. VISITA MEDICA

- 1) a) Si spogli/ b) si vesta
- 2) Si metta sul lettino a) seduto/ b) sdraiato/ c) supino/ d) prono/
e) sul fianco destro/ f) sul fianco sinistro/ g) in piedi
- 3) Le misuro a) la pressione/ b) il polso/ c) la febbre
- 4) a) Apra/ b) chiuda la bocca
- 5) a) Respiri/ b) non respiri/ c) tossisca / d) lasci la pancia morbida
- 6) Fa male? si no
- 7) Sente? si no
- 8) Non sente? si no
- 9) Stringa la mia mano
- 10) Mantenga sollevata a) la gamba/ b) il braccio
- 11) Chiuda gli occhi

- | | | | |
|--|-------------------------------|------------------------------|-----------------------------|
| 45) Ви перенесли: | а) хірургічні втручання | <input type="checkbox"/> так | <input type="checkbox"/> ні |
| | б) госпіталізація | <input type="checkbox"/> так | <input type="checkbox"/> ні |
| 46) Коли і в якій лікарні? | | | |
| 47) Ви перенесли: | а) травми | <input type="checkbox"/> так | <input type="checkbox"/> ні |
| | б) ДТП | <input type="checkbox"/> так | <input type="checkbox"/> ні |
| | с) був поранений | <input type="checkbox"/> так | <input type="checkbox"/> ні |
| | д) були нанесені шви | <input type="checkbox"/> так | <input type="checkbox"/> ні |
| 48) Ви мали: | а) гіпс | <input type="checkbox"/> так | <input type="checkbox"/> ні |
| | б) нерухомість | <input type="checkbox"/> так | <input type="checkbox"/> ні |
| 49) Маєте труднощі: | а) рухатися | <input type="checkbox"/> так | <input type="checkbox"/> ні |
| | б) ходити | <input type="checkbox"/> так | <input type="checkbox"/> ні |
| | с) зберігати рівновагу | <input type="checkbox"/> так | <input type="checkbox"/> ні |
| 50) Маєте труднощі в: | а) розмовляти | <input type="checkbox"/> так | <input type="checkbox"/> ні |
| | б) вимовити слова | <input type="checkbox"/> так | <input type="checkbox"/> ні |
| | с) зрозуміти, що вам говорять | <input type="checkbox"/> так | <input type="checkbox"/> ні |
| 51) Чи є у вас проблеми з пам'яттю? | | <input type="checkbox"/> так | <input type="checkbox"/> ні |
| 52) Ви мали у кінцівках: | а) набряк | <input type="checkbox"/> так | <input type="checkbox"/> ні |
| | б) біль | <input type="checkbox"/> так | <input type="checkbox"/> ні |
| | с) блідість | <input type="checkbox"/> так | <input type="checkbox"/> ні |
| | д)ціаноз | <input type="checkbox"/> так | <input type="checkbox"/> ні |
| 53) Бувають у Вас труднощі: | а) задишка в спокої | <input type="checkbox"/> так | <input type="checkbox"/> ні |
| | б) під час ходьби | <input type="checkbox"/> так | <input type="checkbox"/> ні |
| | с) під час бігу | <input type="checkbox"/> так | <input type="checkbox"/> ні |
| | д) під час підйому по сходах | <input type="checkbox"/> так | <input type="checkbox"/> ні |
| 54) Скільки подушок ви використовуєте, коли спите? | | | |
| 55) Вам траплялися статеві акти: | а) випадкові | <input type="checkbox"/> так | <input type="checkbox"/> ні |
| | б) гомосексуалістів | <input type="checkbox"/> так | <input type="checkbox"/> ні |
| 56) Ви перенесли пересадку органів? | | <input type="checkbox"/> так | <input type="checkbox"/> ні |
| 57) Ви є інвалідом в психічній сфері? | | <input type="checkbox"/> так | <input type="checkbox"/> ні |
| 58) Люди, які живуть з Вами мають або мали ті ж самі симптоми що Ви? | | <input type="checkbox"/> так | <input type="checkbox"/> ні |

8. МЕДИЧНИЙ ОГЛЯД

- 1) а) Роздягніться / б) Одягніться
- 2) Сядьте на ліжко а) сидячи / б) лежачи / с) на спину д) на груди / е) на правий бік / ф)на лівий бік / г)встаньте стоячи
- 3) Зарас я Вам поміряю а) артеріальний тиск / б) пульс / с) температуру
- 4) а) Відкрийте / б) закриєте рот
- 5) а) Дихайте / б) не дихайте / с) кашляйте / д) залишайте живіт м'яким
- 6) Чи боляче? так ні
- 7) Ви відчуваєте? так ні
- 8) Не не відчуваєте? так ні
- 9) Стисніть мою руку
- 10) Тримайте піднятою а) ногу / б) руку
- 11) Закрийте очі

- 12) Cammini 7 passi a) avanti/ b) indietro
13) A casa misuri a) la temperatura/ b) la pressione
14) Torni al controllo il giorno

9. RICHIESTA DI ESAMI DEL SANGUE/STRUMENTALI

- 1) Le è stata concessa qualche esenzione per patologia o per reddito? sì no
2) Ha una pensione di invalidità? sì no
3) Ha un'esenzione per invalidità civile? sì no
4) Ha un'assicurazione? sì no
5) Deve fare degli esami a) del sangue/ b) delle urine/ c) delle feci
6) Deve fare una a) radiografia/ b) ecografia/ c) TAC/ d) RMN/
e) elettrocardiogramma/ f) ecocardiogramma/ g) ecocolordoppler/
h) gastroscopia/ i) colonscopia
7) Deve prenotare una visita specialistica/ a) infettivologica/ b) cardiologica/
c) ortopedica/ d) neurologica/ e) ginecologica/ f) dermatologica/
g) otorinolaringoiatrica/ h) chirurgica/ i) pediatrica/ l) oculistica/
m) odontoiatrica/ n) ematologica/ o) urologica
8) Prenoti una a) prima visita/ b) visita di controllo/ c) visita urgente presso
9) Deve andare in pronto soccorso
10) Deve essere ricoverato in ospedale
11) Deve fare a) terapia riabilitativa/ b) terapia fisica
(c) ionoforesi/ d) massaggi/ e) tens/ f) trazioni/ g) infiltrazioni

10. FARMACI/VACCINI

- 1) Usa abitualmente farmaci? sì no
2) Quali?
3) Per quale malattia?
4) Da quanto tempo ha sospeso le medicine?
5) Ha una lista completa dei farmaci che usa? sì no
6) È in terapia: a) anticoagulante sì no
b) chemioterapica sì no
7) Fa uso di prodotti omeopatici o erbe medicinali? sì no
8) Quali?
9) Da quanto tempo?
10) Si è sottoposto a qualche vaccinazione? sì no
11) Quando?
12) Quale?
13) Ha mai avuto reazioni allergiche da farmaci? sì no
14) Per quali farmaci?
15) Quando?

11. PRESCRIZIONI TERAPEUTICHE

Le prescrivo di:

- 1) assumere per bocca a) compresse/ b) pastiglie/ c) gocce/ d) capsule/
e) cucchiari di sciroppo

- 12) Пройдіть 7 кроків а) вперед / б) назад
13) Вдома Ми міряєте а) температуру / б) тиск
14) Поверніться на перевірку в день
-

9. ЗАПИТ НА АНАЛІЗ КРОВІ / ІНСТРУМЕНТАЛЬНІ АНАЛІЗИ

- 1) Чи маєте надані якісь пільги так ні
2) Чи є у вас пенсія по інвалідності? так ні
3) Чи є у вас звільнення від оплати по цивільній інвалідності? так ні
4) Чи є у вас страховка? так ні
5) Вам необхідно зробити деякі аналізи а) кров / б) сечу / с) калу
6) необхідно зробити а) рентген / б) ультразвукове дослідження / с) комп'ютерну томографію/ d) МРТ / е) електрокардіограма / f) ехокардіограма / g) ехоколірдоплерографія / h) гастроскопію / i) колоноскопію
7) Вам необхідно записатися на прийом до спеціаліста / а) інфекційні захворювання / б) кардіологу / с) ортопеду / d) неврологу / е) гінекологу / f) дерматологу / g) ЛОРУ / h) хірургу / i) педіатру / l) офтальмолога / m) стоматологу / n) гематологу / о) урологу
8) Запишетесь а)на перший візит / б) провірений огляд / в) терміновий огляд до
9) Вам потрібно звернутися до відділення невідкладної допомоги
10) Вас треба госпіталізувати
11) Вам необхідно пройти а) реабілітаційну терапію / б) фізіотерапію / с) іонофорез / d) масажі / е) ТЕНС / f) тракції / g) інфільтрації
-

10. ЛІКИ / ВАКЦИНИ

- 1) Ви зазвичай вживаєте ліки? так ні
2) Які?
3) По якій хворобі?
4) Як довго ви припинили приймати ліки?
5) Чи є у вас повний список ліків, які ви використовуєте? так ні
6) Перебуваєте Ви на терапії: а) антикоагулянти так ні
б) хіміотерапія так ні
7) Чи використовуєте ви гомеопатичні ліки чи лікарські трави? так ні
8) Які?
9) Скільки часу минуло?
10) чи робили ви якісь щеплення? так ні
11) Коли?
12) Які?
13) Чи були у вас коли-небудь алергічні реакції на ліки? так ні
14) На які препарати?
15) Коли?
-

11. ТЕРАПЕВТИЧНІ РЕЦЕПТИ

Я Вам приписую:

- 1) приймати через рот а) таблетки / б) таблетки / с) краплі / d) капсули / е) сироп

- 2) fare sciacqui con
- 3) fare impacchi con
- 4) fare bagni con
- 5) fare a) aerosol/ b) inalazioni con
- 6) fare iniezioni a) intramuscolo/ b) endovena/ c) sottocute
- 7) fare sciogliere a) compresse effervescenti/ b) bustine/ c) fiale/ d) polvere
- 8) applicare – spalmare a) crema/ b) pomata/ c) tintura/ d) soluzione
- 9) introdurre a) supposta/ b) candeletta vaginale/ c) ovulo vaginale

Il farmaco deve essere somministrato:

- 10) a) ogni giorno/ b) a giorni alterni/ c) una volta - d) due volte - alla settimana/
e) al bisogno
- 11) a) alla mattina/ b) alla sera/ c) al pomeriggio/ d) alla stessa ora/ e) mattina e sera
- 12) mattina, pomeriggio e sera
- 13) a) prima di/ b) dopo/ c) a stomaco pieno/ d) a digiuno
- 14) a) per ... giorni/ b) per ... settimane/ c) per ... mesi/ d) per sempre

Per questa ricetta in farmacia:

- a) non pagherà nulla
- b) pagherà un ticket
- c) pagherà il prezzo intero

12. CERTIFICATI

1) Le compilo un certificato:

- a) di buona salute
- b) assicurativo
- c) per indennità di malattia
- d) per attività sportiva
- e) per infortunio sul lavoro e1) primo/
e2) continuativo/ e3) di chiusura

- 2) полоскання горла
- 3) робити обгортання з
- 4) приймати ванни з
- 5) робити а) аерозолі / б) інгаляції з
- 6) робити ін'єкції а) внутрішньом'язово / б) внутрішньовенно / в) підшкірно
- 7) пити розчиняючи а) шипучі таблетки / б) пакетиках / с) в флаконах / д) в порошках
- 8) нанести - намазати а) крем / б) мазь / с) настоянку / д) розчин
- 9) ввести а) супозиторій / б) вагінальну свічку / с) вагінальні овулі

Ліки слід приймати:

- 10) а) щодня / б) через день / с) один раз - д) двічі - на тиждень / е) за потребою
- 11) а) вранці / б) ввечері / с) вдень / д) в один і той же час / е) вранці і ввечері
- 12) вранці, вдень і ввечері
- 13) а) до / б) після їди / с) на повний шлунок / д) натще
- 14) а) протягом ... днів / б) протягом ... тижнів / с) протягом ... місяців / д) назавжди

Для цього аптечного рецепта:

- а) нічого не платять
- б) оплатити талон
- в) заплатити повну ціну

12. ЧЕРТИФІКАТИ

- 1) Я видаю чертифікат для вас:
 - а) про міцне здоров'я
 - б) страхування
 - с) на грошову допомогу по хворобі
 - д) для заняття спортом
 - е) через нещасний випадок н виробництві
 - та / і1) перший/ і2 безперервний/ і3) заключення

SE TI OCCORRE UN MEDICO O FARMACISTA

ВАМ ПОТРІБНИЙ ЛІКАР АБО ЛІКИ

Dottore ho dolore alla testa	Лікарю, у мене болить голова
Dottore mi bruciano gli occhi	Лікарю, у мене печуть очі
Dottore ho dolore alla gola	Лікарю, у мене болить горло
Dottore ho dolore ai denti	Лікарю, у мене болять зуби
Dottore ho mal d'orecchio	Лікарю, у мене болить вухо
Dottore ho il raffreddore	Лікарю, я застуджений
Dottore mi esce sangue dal naso	Лікарю, у мене кровотеча з носа
Dottore ho la febbre	Лікарю, у мене температура
Dottore ho la tosse, vorrei uno sciroppo	Лікарю, я кашляю, дайте мені сироп
Dottore ho le vertigini	Лікарю, у мене паморочиться голова
Dottore ho mal di stomaco	Лікарю, у мене болить шлунок
Dottore ho la diarrea	Лікарю, у мене пронос
Dottore ho mal di pancia	Лікарю, у мене поганий шлунок
Dottore ho dolore alla schiena/al braccio/ alla mano/ al piede/al ginocchio/alla caviglia	Лікарю, у мене болить а) спина/ б) рука с) лодонь / д) нога / е) коліно/ ф) щиколотка
Dottore mi sono ustionato	Лікарю, у мене опік
Dottore mi sono scottato al sole	Лікарю, я згорів на сонці
Dottore ho rotto la dentiera	Лікарю, я зламав зубні протези
Dottore ho bisogno di un antinevralgico	Лікарю дайте мені проти нервовий препарат
Dottore ho il naso chiuso	Лікарю, у мене закладений ніс
Dottore vorrei un lassativo	Лікарю, я хотів би проносна
Dottore vorrei un collirio	Лікарю, я хочу очні краплі
Dottore vorrei qualcosa per i dolori mestruali	Лікарю, я хочу щось проти менструальних болів.
Dottore soffro di a) mal d'auto b) aereo	Лікарю Я страждаю від нудоти а) автомобільного/б) літаку
Dottore come si prende questo medicinale?	Лікарю, як приймати ці ліки?
Dottore quante volte al giorno ?	Лікарю, скільки разів на день?
Dottore ho una puntura di insetto	Лікарю, мене укусила комаха
Dottore ho le vene varicose, vorrei una pomata	Лікарю, у мене варикозні вени ,дайте мені мазь
Dottore vorrei qualcosa contro le zanzare	Лікарю, дайте мені щось проти комарів
Dottore vorrei provare la pressione arteriosa	Лікарю, я хотів би перевірити артеріальний тиск
Dottore ho bisogno di a) cotone idrofilo b) delle garze c) di bende	Лікарю, мені потрібно а) вата / б) марля / с) бинти
Dottore ho bisogno di un cerotto	Лікарю, мені потрібно пластир
Dottore ho bisogno di un disinfettante	Лікарю, мені потрібно дезінфікуючих засіб
Dottore ho bisogno di un termometro	Лікарю, мені потрібен термометр
Dottore vorrei una siringa	Лікарю, мені потрібний шприц
Dottore ho bisogno di un pacco di assorbenti igienici	Лікарю, мені потрібні гігієнічні пакети
Dottore ho bisogno di un pacco di pannolini per bambini	Лікарю, мені потрібна пачка підгузників для дітей.
Dottore vorrei scegliere degli omogeneizzati	Лікарю, хочу вибрати дитяче харчування
Dottore ho bisogno di un dentifricio	Лікарю, мені потрібна зубна паста
Dottore ho bisogno di un collutorio	Лікарю, мені потрібно для полоскання
Dottore vorrei un prodotto omeopatico	Лікарю, мені потрібний гомеопатичний засіб
Dottore vorrei una pillola anticoncezionale	Лікарю, мені потрібний протизаплідний засіб
Dottore vorrei un antibiotico	Лікарю, мені потрібні антибіотики

Antibiotico	Антибіоти
Analgesico/antidolorifico	Знеболюючий засіб
Antiparassitario	Протипаразитарний засіб
Assorbenti	Гігієнічні пакети
Biopsia	Біопсія
Bustine	Пакетики
Cerotto	Пластир
Collutorio	Рідина для полоскання
Colonscopia	Колоноскопія
Compresse	Таблетки
Crema	Крем
Dentifricio	Зубна паста
Diabete	цукровий діабет
Disinfettante	Дезинфікуючий засіб
Ecografia	УЗД
Febbre	Висока температура
Garza	Марля
Gastroscopia	Гастроскопія
Granulato	Гранулят
Iperensione	Підвищений тиск
Lassativo	Проносне
Lavanda ginecologica	Гінекологічна лаванда
Lozione	Лосьйон
Mammografia	Мамографія
Ovuli	Свічки
Pap-test	Пап-тест
Pomata	Мазь
Prelievo del sangue	Аналіз крові
Radiografia	Рентген
Sedativo	Заспокійливий
Sciroppo	сироп
Siringa	Шприц
Supposta	Супозиторій
Spazzolino	Зубна щітка
Termometro	Термометр
Test di gravidanza	Тест на вагітність
Tisana	Відвар
Vaccinazione	Щеплення
Vaccino	Вакцина

