

+HELORA

CENTRES HOSPITALIERS UNIVERSITAIRES

LIVRET DE LA COMMUNICATION

ITALIEN - ITALIANO



INTRODUCTION

Cari collaboratori,

In questo opuscolo troverete una serie di domande pratiche per comunicare con i pazienti.

Al fine di superare la barriera linguistica, questo supporto ti permetterà di scambiare, capire, valutare e diagnosticare senza che la lingua sia un ostacolo.



Cari pazienti,

In questo opuscolo, troverete una serie di domande/risposte per facilitare la vostra comunicazione con il personale infermieristico.

Siate certi che il personale farà ogni sforzo per garantirvi un'assistenza di qualità, senza distinzione di razza, genere e indipendentemente dalle vostre convinzioni religiose o filosofiche.

TABELLA DEI CONTENUTI

Identita, famiglia, numero di contatto	4
Storia medica, allergie, dipendenze	6
Trattamento medico	10
Reclami	12
Dolori	16
Il corpo umano della donna	18
Il corpo umano del' uomo	19
Dieta	20
Transito, continenza	22
Rischio di caduta	24
Autonomia / dipendenza	26
Occhiali e protesi	28
Religione	30

1. IDENTITÉ, FAMILLE, N° DE CONTACT



Pouvez-vous me dire votre nom, prénom et date de naissance ?

.....

Confirmez-vous que les données reprises sur votre bracelet d'identité sont exactes ?



Oui



Non

Avez-vous une personne de référence parlant le français ?



Oui



Non

Si oui, pouvez-vous me donner son nom, prénom, lien de parenté, n° de téléphone ?

.....

Avez-vous une personne de confiance que nous pourrions contacter en cas de besoin ?



Oui



Non

Si oui, pouvez-vous me donner son nom, prénom, lien de parenté, n° de téléphone ?

.....

1. IDENTITÀ, FAMIGLIA, NUMERO DI CONTATTO



Potresti dirmi il nome, cognome e data di nascita ?

.....

Confermi che i dati sul braccialetto di identità sono corretti ?



Avete una persona di riferimento che parla francese ?



Se è così, potresti fornirmi il nome, cognome, relazione, numero di telefono ?

.....

Avete una persona affidabile che potremmo contattare se necessario ?



Se è così, potresti fornirmi il nome, cognome, relazione, numero di telefono?

.....

2. ANTÉCÉDENTS MÉDICAUX, ALLERGIES, ASSUÉTUDES



Avez-vous des problèmes médicaux ?



Oui



Non

Si oui, lesquels ?

Diabétique	Hypertension artérielle	Problème de coeur
Problème respiratoire	Problème de thyroïde	Autre

Avez-vous déjà subi une intervention chirurgicale ?



Oui



Non

Si oui, lesquelles ? (m'indiquer sur le mannequin page 18)

Avez-vous des allergies ?



Oui



Non

Si oui, lesquelles ?

Aspirine	Pénicilline	Iode
Poils, poussières, acariens		Autre

IT **2. STORIA MEDICA,
ALLERGIE, ASSUMI**



Hai problemi medici ?



Si



No

I quali ?

Diabetico	Ipertensione arteriosa	Problemi al cuore
Problemi respiratorio	Problema della tiroide	Altro

Hai mai subito un intervento chirurgico ?



Si



No

Se si, quali ? (indicare sulla pagina del modello 18)

Avete delle allergie ?



Si



No

Se si, quali ?

Aspirina	Penicillina	Iodo
Peli, poivere, acari		Altro



Fumez-vous ?



Oui



Non

Si oui, combien de cigarettes par jour ?

1 à 5 /jour	5 à 10 /jour	Plus de 10 /jour
-------------	--------------	------------------

Buvez-vous de l'alcool régulièrement ?



Oui



Non

Si oui, buvez-vous

1 à 3 verres d'alcool / jour	3 à 6 verres d'alcool / jour	Plus de 6 verres d'alcool /jour
---------------------------------	---------------------------------	------------------------------------

Consommez-vous une drogue ?



Oui



Non

Si oui, lesquelles ?

Cannabis	Héroïne	Cocaine
Ecstasy	Amphétamine	LSD



Fumate ?



Si



No

Se si, quante sigarette al giorno ?

1 a 5 / giorni	3 a 6 / giorni	Piu di 10 / giorni
----------------	----------------	--------------------

Bevi alcolici regolarmente ?



Si



No

Si, quanti ?

1 a 3 bicchieri di alcol al giorno	3 a 6 bicchieri di alcol al giorno	Più di 6 bicchieri di alcol al giorno
------------------------------------	------------------------------------	---------------------------------------

Consumi droga ?



Si



No

Se si, quale ?

Cannabis	Eroina	Cocaina
Ecstasy	Anfetamina	LSD

3. TRAITEMENT MÉDICAMENTEUX



Avez-vous un traitement médicamenteux ?



Oui



Non

Si oui, lequel ?

3. TRATTAMENTO FARMACOLOGICO



Avete un trattamento farmacologico ?

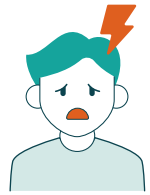


Si



No

Se si, quale ?



Avez-vous la sensation d'avoir froid ?



Oui



Non

Avez-vous la sensation d'avoir chaud ?



Oui



Non

Avez-vous des bouffées de chaleur ?



Oui



Non

Toussez-vous ?



Oui



Non

Si oui, comment est votre toux ?

Grasse	Sèche
--------	-------

Crachez-vous ?



Oui



Non

Si oui, comment sont vos crachats ?

Glaireux	Mousseux	Sanguinolents
----------	----------	---------------



Ha freddo ?



Si



No

Ha caldo ?



Si



No

Ha vampate di calore ?



Si



No

Tossete ?



Si



No

Se è così, com'è il tuo espettorato ?

Bagnata

Secca

Sputate ?



Si



No

Se è così, com'è il tuo espettorato?

Mucoso

Scintillante

Insanguinato



Êtes-vous essoufflé lors d'un effort ?



Oui



Non

Êtes-vous essoufflé lorsque vous êtes au repos ?



Oui



Non

Avez-vous de l'oxygène à la maison ?



Oui



Non

Si oui, combien de litres d'oxygène avez-vous ?

Avez-vous des nausées ou des vomissements ?



Oui



Non

Faites-vous de l'apnée du sommeil ?



Oui



Non

Si oui, dormez-vous avec un appareillage ?



Oui



Non

Si oui, y a-t-il de l'oxygène sur l'appareillage ?



Oui



Non

Sei a corto di fiato quando ti alleni ?



Si



No

Sei a corto di fiato quando sei al riposo ?



Si



No

Ha ossigeno in casa ?



Si



No

Se è così, quanti litri di ossigeno hai ?

Ha nausea o vomito ?



Si



No

Ha l'apnea del sonno ?



Si



No

Se è così, dormi con un apparecchio ?



Si



No

Se è così, c'è ossigeno sull'apparecchio ?



Si



No



Avez-vous des douleurs ?



Oui

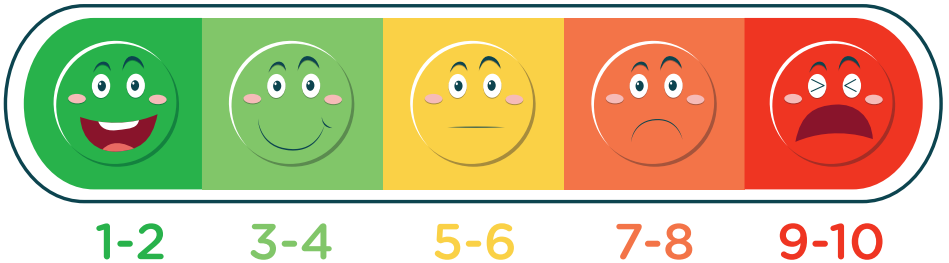


Non

Où avez-vous mal ? (veuillez me montrer sur vous-même où, sur le mannequin, page suivante)

.....

Quelle est l'intensité ? (veuillez utiliser l'échelle de la douleur)



Quand avez-vous mal ?

Tout le temps

À la mobilisation

À la respiration



Hai dei dolori ?



Si



No

Dove avete male ? (Per favore mostratemi su te stesso dove, sul manichino, pagina successiva)

.....

Qual è l'intensità ? (si prega utilizzare la scala del dolore)



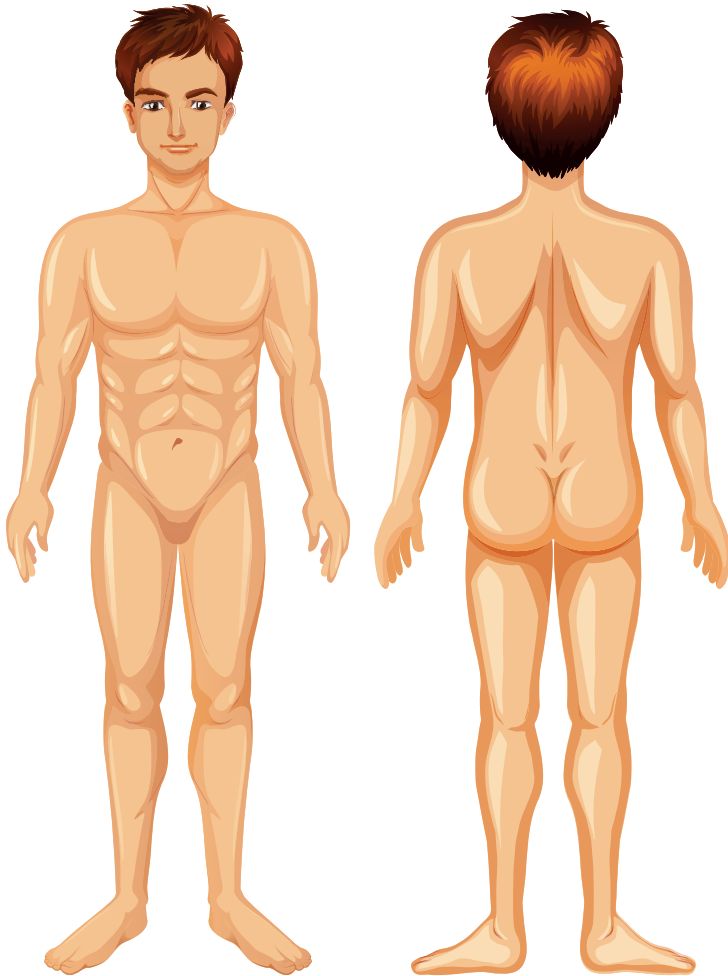
Quanto ti fa male ?

Tutto il tempo

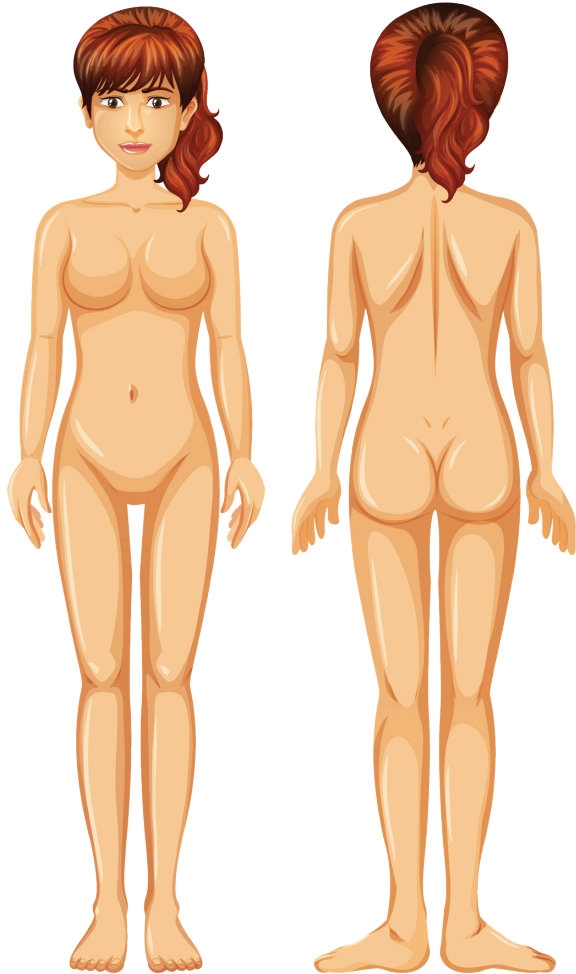
Alla mobilitazione

Al respiro

6. IL CORPO UMANO DEL' UOMO



7. IL CORPO UMANO DELLA DONNA





Êtes-vous à jeun ?



Oui



Non

Si oui, depuis quand ?

.....

Avez-vous un régime alimentaire ?



Oui



Non

Si oui, quel est le type de régime alimentaire ?

Sans sucre	Sans sel	Sans porc
Sans viande	Sans gluten	Sans lactose
Autre :		

Quel est votre poids ?

.....

Quelle est votre taille ?

.....



Siete a digiuno ?



Si



No

Se si, da quando?

.....

Ha una dieta ?



Si



No

If so, which kind of diet ?

Senza zucchero	Senza sale	Senza maiale
Senza carne	Senza glutine	Senza lattosio
Altro :		

Qual'è il tuo peso ?

.....

Qual'è la tua taglia ?

.....



Avez-vous des difficultés à uriner ?



Oui



Non

Avez-vous une incontinence urinaire ?



Oui



Non

Avez-vous des flatulences (gaz) ?



Oui



Non

Êtes-vous constipé ?



Oui



Non

Avez-vous des selles liquides ?



Oui



Non

Avez-vous une incontinence fécale ?



Oui



Non



Ha difficoltà a urinare ?



Si



No

Ha l'incontinenza urinaria ?



Si



No

Ha flatulenza (gas) ?



Si



No

Sei stitico ?



Si



No

Ha delle feci liquide ?



Si



No

Ha l'incontinenza fecale ?



Si



No



Comment vous mobilisez-vous ?

Seul	Avec l'aide d'une personne	Avec une tribune / déambulateur	Avec une canne
Avec des béquilles	En fauteuil roulant	Je ne marche plus	

Où habitez-vous ?

Dans une maison	Dans un appartement	Dans une maison de repos
Autre :		

Y a-t-il des escaliers ?



Oui



Non

IT 10. RISCHIO DI CADUTA



Come ti mobiliti ?

Solo	Con l'aiuto di una persona	Con una tribuna / deambulatore	Con una canna
Con le stampelle	In sedie a rotelle	Non cammino più	

Dove vivete ?

In una casa	In un appartamento	In casa di riposo
Altro :		

Ci sono delle scale ?



Si



No



Êtes-vous...

...droitier ?

...gaucher ?

...ambidextre (les deux) ?

Avez-vous besoin d'aide pour vous habiller ?



Oui



Non

Avez-vous des vêtements de rechange ?



Oui



Non

Avez-vous besoin d'aide pour votre toilette ?



Oui



Non

Voulez-vous une aide pour laver votre dos et vos pieds ?



Oui



Non

Avez-vous besoin d'aide pour vous essayer ?



Oui



Non

Avez-vous besoin d'aide pour vous alimenter ou faire vos tartines ?



Oui



Non



Sei...

...mano destro ?

...mancino ?

...Ambidestre (le due) ?

Ha bisogno di aiuto per vestirti ?



Si



No

Ha dei vestiti di ricambio ?



Si



No

Ha bisogno di assistenza per fare il bagno ?



Si



No

Ha bisogno di aiuto per lavarti la schiena e i piedi ?



Si



No

Ha bisogno di aiuto per pulirti ?



Si



No

Ha bisogno di aiuto per nutrirti o per preparare i tuoi panini ?



Si



No



Êtes-vous porteur de lunettes de vue ?



Oui



Non

Êtes-vous porteur d'appareils auditifs ?



Oui



Non

Êtes-vous porteur de lentilles de contact ?



Oui



Non

Avez-vous des prothèses dentaires ?



Oui



Non

Si oui

Inférieures

Supérieures

Êtes-vous porteur d'une autre prothèse ?



Oui



Non

Si oui, laquelle ?



Porti occhiali da vista ?



Si



No

Porti apparecchi acustici ?



Si



No

Porti lenti a contatto ?



Si



No

Avete delle protesi dentarie ?



Si



No

Se si,

Inferiore	Superiori
-----------	-----------

Porti un'altra protesi ?



Si



No

Se si, quale ?

.....



Êtes-vous croyant ?



Oui



Non

Si oui, quelle est votre religion ou philosophie ?

Catholique	Protestante	Orthodoxe	Musulmane (Islam)	Témoin de Jéhovah
Juive (Judaïsme)	Laïque (Laïcité)	Bouddhiste	Hindouiste	

Si cela est nécessaire, acceptez-vous une transfusion sanguine (sang, plaquettes ou plasma ?)



Oui



Non

Souhaitez-vous faire appel au service d'accompagnement spirituel de l'hôpital pour vous écouter et vous soutenir pendant votre séjour ?



Oui



Non

Désirez-vous le passage d'un représentant de votre religion ou philosophie ?



Oui



Non



Are you a believer ?



Si



No

If so, what is your religion or philosophy ?

Cattolico	Protestante	Ortodosso	Musulmano (Islam)	Testimone di Geovah
Ebreo (Judaismo)	Laico	Buddista	Indi	

Se necessario, acetate una trasfusione di sangue (sangue, piastrine o plasma



Si



No

Vorresti rivolgerti al servizio di accompagnamento spirituale dell'ospedale per ascoltarti e sostenerti durante il soggiorno ?



Si



No

Desideri il passaggio di un rappresentante della tua religione o filosofie ?



Si



No



Facebook
CHU Helora - Jolimont & Lobbes



Facebook
CHU Helora - Nivelles & Tubize



Facebook
CHU Helora - Mons & Warquignies