



# 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/riposte 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

# FR 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 ?

Si

No

Avete una persona di riferimento che parla francese ?

Si

No

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

Avete una persona affidabile che potremmo contattare se necessario ?

Si

No

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)

Oui	Non
-----	-----

Avez-vous des allergies ?

Oui	Non
-----	-----

Si oui, lesquelles ?

Aspirine	Pénicilline	Iode	Poils, poussières, acariens	Autre
----------	-------------	------	-----------------------------	-------

# 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 ? (indicami sul manichino)

Si	No
----	----

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 /jours

5 à 10 /jours

Plus de 10 /jours

Buvez-vous de l'alcool régulièrement ?

Oui

Non

Si oui, buvez-vous

1 à 3 verres d'alcool par  
jour

3 à 6 verres d'alcool par  
jour

Plus de 6 verres par  
jour

Consommez-vous une drogue ?

Oui

Non

Si oui, laquelle ?

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 ?

## 4. PLAINTES



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

## 4. RECLAMI



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

Si oui, comment sont vos crachats ?

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

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
-----	-----

Se è così, com'è il tuo espettorato?

Mucoso

Scintillante

Insanguinato

Sei a corto di fiato quando ti alleni ?

Sì

No

Sei a corto di fiato quando sei al riposo ?

Sì

No

Ha ossigeno in casa ?

Sì

No

Se è così, quanti litri di ossigeno hai ?

Ha nausea o vomito ?

Sì

No

Ha l'apnea del sonno?

Sì

No

Se è così, dormi con un apparecchio ?

Sì

No

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

Sì

No



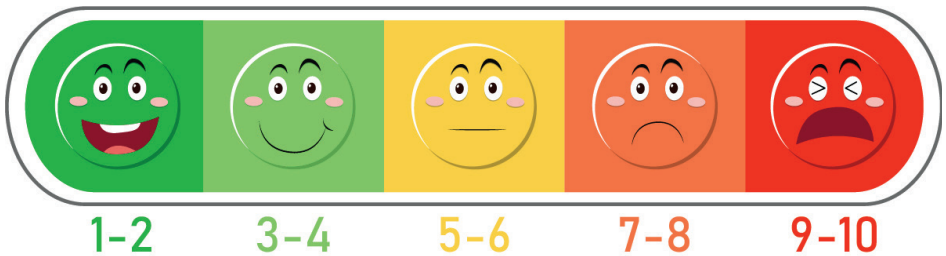
Avez-vous des douleurs ?

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





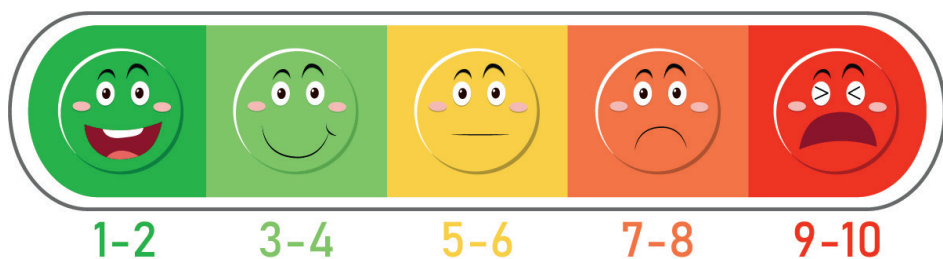
Hai dei dolori ?

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)



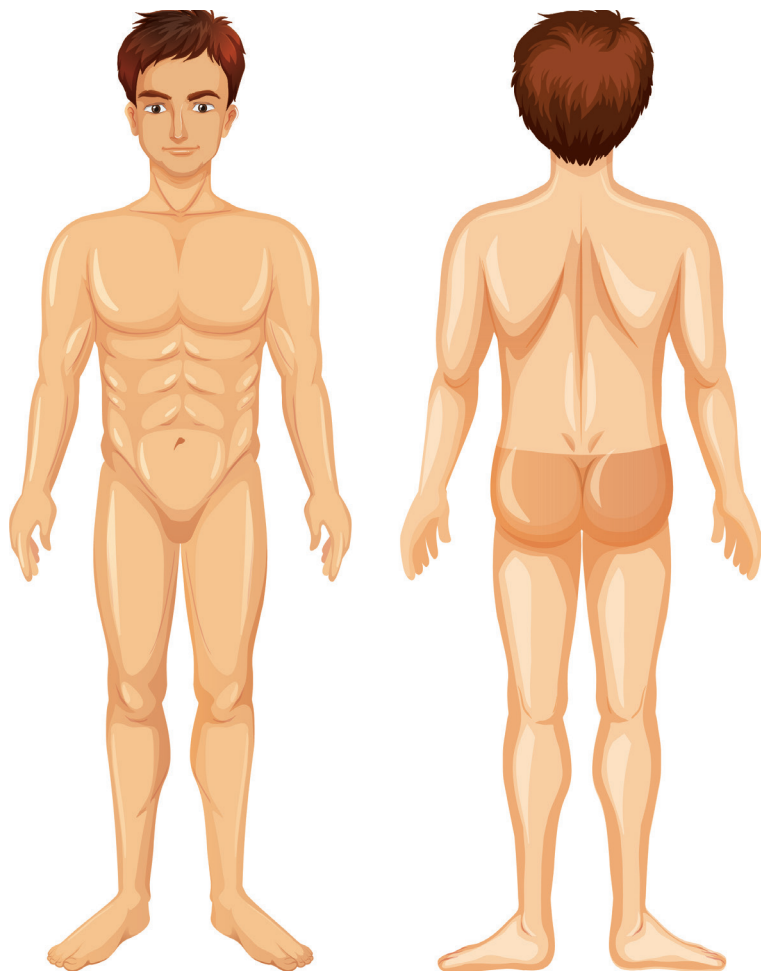
Quanto ti fa male ?

Tutto il tempo

Alla mobilitazione

Al respiro

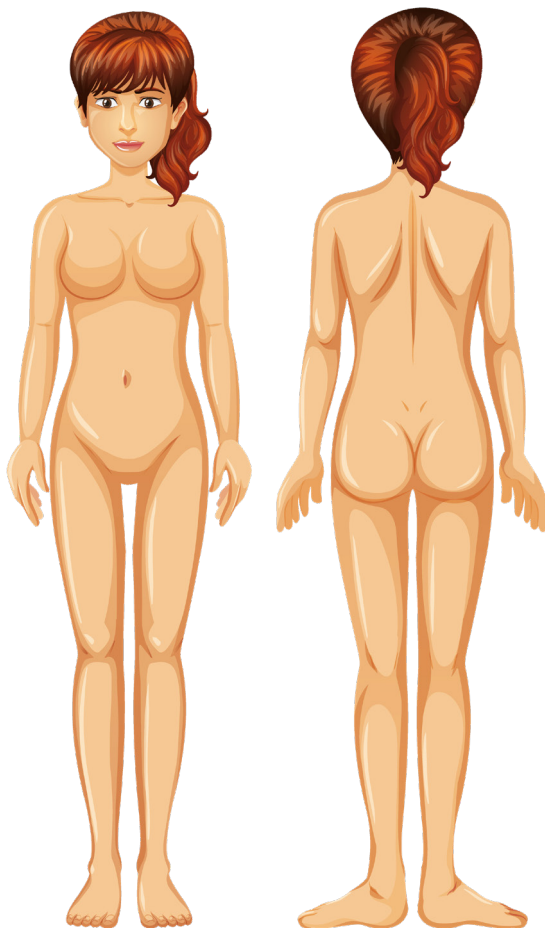
## 6. IL CORPO UMANO DEL' UOMO



---

## 7. IL CORPO UMANO DELLA DONNA

---



## 8. RÉGIME ALIMENTAIRE



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 ?

## IT 8. DIETA ALIMENTARE



Siete a digiuno ?

Si

No

Se si, da quando?

Ha una dieta ?

Si

No

Se si, quale tipo di dieta?

Senza zucchero

Senza sale

Senza maiale

Senza carne

Senza glutine

Senza lattosio

Altro :

Qual'è il tuo peso ?

Qual'è la tua taglia ?

## FR 9. TRANSIT, CONTINENCE



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

## 9. TRANSITO, CONTINENZA



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

# 10. RISQUE DE CHUTE



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
----	----

# FR 11. AUTONOMIE / DÉPENDANCE



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 essuyer ?

Oui

Non

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

Oui

Non

# 11. AUTONOMIA/DIPENDENZA



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 ?

## IT 12. OCCHIALI E PROTESI



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 ?

## FR 13. RELIGION/SPIRITUALITÉ



Êtes-vous croyant ?

Oui

Non

Si oui, quelle est votre religion ou philosophie ?

Catholique	Protestante	Orthodoxe	Musulmane (Islam)	Témoign de Jéhovah
Juive (Judaïsme)	Laique (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

## IT 13. RELIGIONE/SPIRITUALITÀ



Sei un credente ?

Si

No

If so, what is your religion or philosophy ?

Cattolico	Protestante	Ortodosso	Musulmano	Testimone di
(Islam)	Secular (Secularism)	Buddhist	Hindu	Geovah

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



  
**GRUPE  
JOLIMONT**  
Siège social  
Rue Ferrer 159  
7100 Haïne-Saint-Paul



[www.jolimont.be](http://www.jolimont.be)

QUAR-DOC-129-V1/ VERSION 01/ DATE D'APPLICATION : 20/02/2023

---

### Hôpital de Jolimont

📍 La Louvière  
☎ +32 64 23 30 11

---

### Hôpital de Tubize

📍 Tubize  
☎ +32 2 391 01 30

---

### Hôpital de Lobbes

📍 Lobbes  
☎ +32 71 59 92 11

---

### Hôpital de Nivelles

📍 Nivelles  
☎ +32 67 88 52 11

---

### Hôpital de Mons

📍 Mons  
☎ +32 65 38 55 11

---

### Hôpital de Warquignies

📍 Boussu  
☎ +32 65 38 55 11

---