

Name:

Date: / /

*iMedDrs* - International Medical Disaster Relief Services

# Cov/Flu GUIDE to BETTER CARE

**ITALIAN**

**ITALIANO**



*Avoid the dangers of delayed or mis-diagnosis  
from insufficient medical information gathering.*

**Get the facts - Give the facts - Get best care**

**Joyce M. Lyon, M.D.**

**iMedDrs.com**

**Victor K. Misir, M.D.**

[iMedDrs.com](http://iMedDrs.com)

PERSONAL EMPOWERMENT SERIES:

[CoV/Flu GUIDE](#)

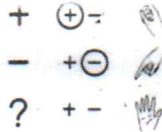
[iMedDrs.vm@gmail.com](mailto:iMedDrs.vm@gmail.com)



Name \_\_\_\_\_

Date \_\_\_\_\_

File # \_\_\_\_\_



**Hai dei problemi con .....**

- 1 febbre o brivido?
- 2 stanchezza, diminuzione in genere delle capacità, debolezza o capogiro?
- 3 perdite di mucosità o di sierosità da qualche parte?
- 4 rigonfiamenti e noduli cutanei?
- 5 tosse e raffreddore, orecchi, naso, durante il respiro?
- 6 dolori, disturbi o malessere da qualche parte?

Page QUESTION



4  
1

4  
2

4  
3

4  
4

5  
0

4  
5



⊕ - ← I HAVE / THE PERSON HAS  
List all positive (⊕) answers.  
⊖ - ← I HAVE NO / THE PERSON HAS NO  
List mainly the CAPITALIZED negative (⊖) answers.

+ - FEVER

+ - GENERALIZED WEAKNESS  
(FATIGUE)

+ - unusual liquid discharge

+ - SKIN PROBLEM(S)  
(CUTANEOUS LESIONS)

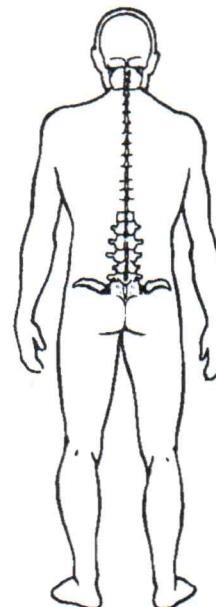
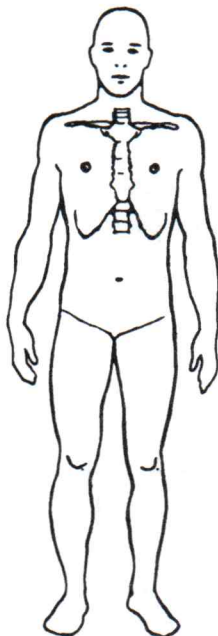
+ - RESPIRATORY PROBLEMS  
(Cough, cold, nose, throat or breathing difficulty.)

+ - PAIN

← The numbers in this column refer to pages and translated questions in various iMedDrs foreign language medical smart charts, pocket manuals and virtual apps.

**Dove? Mostre sul tuo corpo o mostra sul diagramma.**

**WHERE? Show on your body, or show on the diagram.**



**HAI.....**

- 1 raffreddore, congestione nasale o frequenti sternali?
- 2 mal di gola?
- 3 ti senti qualcosa in gola?
- 4 perdita di saliva dalle labbra?
- 5 la voce rauca?
- 6 difficoltà a respirare anche con la bocca?
- 7 tosse?
- 8 tosse con catarro striato di sangue?
- 9 espettorato e sputato sanguigno?
- 10 dolore toracico durante l'inspirazione?
- 11 sofferto di frequenti raffreddori e tosse?
- 12 sofferto di crisi asmatiche o di affanno in passato?
- 13 avuto delle polmoniti?
- 14

⊕ - ← **I HAVE... / THE PERSON HAS ...**  
 ↓ List all **positive** answers

⊕ ⊖ ← **I HAVE NO... / THE PERSON HAS NO ...**  
 ↓ List **mainly** the **bold**-numbered, **negative** answers "—".

+	-	1	<i>sniffing, sneezing, nasal discharge (rhinitis, coryza)</i>
+	-	2	<i>sore throat (pharyngitis)</i>
+	-	3	<i>throat mucus clearing (foreign body, post nasal drip)</i>
+	-	4	<i>clear spit or drooling (clear sputum, salivary drooling)</i>
+	-	5	<i>hoarseness (dysphonia)</i>
<b>+</b>	-	<b>6</b>	<i>difficulty breathing (dyspnea)</i>
<b>+</b>	-	<b>7</b>	<i>cough</i>
<b>+</b>	-	<b>8</b>	<i>yellow or brown spit (phlegm, colored sputum)</i>
<b>+</b>	-	<b>9</b>	<i>red, bloody sputum (hemoptysis)</i>
<b>+</b>	-	<b>10</b>	<i>chest pain on breathing in (pleurisy)</i>
+	-	11	<i>frequent cold symptoms (allergies)</i>
<b>+</b>	-	<b>12</b>	<i>past history of asthma (bronchial asthma)</i>
+	-	13	<i>past history of pneumonia</i>
+	-	14	

NAME		Month																	
		Day																	
DOB	mm / dd / yyyy	RTI level																	
ID #		Severity																	
Ethnicity		Course																	
Gender	M F B H T	Therapy																	

# Italiano

# Italian



Per favore rispondi alle domande seguendo le istruzioni

Controlla che ad ogni numero di una domanda corrisponda una risposta con lo stesso numero.

Stai usando qualche medicina o pomata?

Hai notato qualche effetto collaterale spiacevole o reazione allergica a qualche medicamento o pomata?

Soffri di qualche malattia cronica o ricorrente?

(esempio: pressione alta, artrite, ecc. )

Soffri adesso di una riacutizzazione o di una ricaduta di qualche precedente malattia?

## MED BIOGRAPHY

ENGLISH DOCTOR

Name \_\_\_\_\_

Date \_\_\_\_\_ File # \_\_\_\_\_

Please answer these questions as instructed.

*Remember to match the answer number to the question number.*

1 Are you using any medicine or ointment?

2 Have you had any unpleasant side effects or allergic reactions to any medicine or ointment?

3 Do you suffer from any chronic or recurring condition? (e.g. high blood pressure, arthritis, etc.)

4 At present, are you suffering from a recurrence or worsening of a previous condition?

**ITALIAN****ADMINISTRATIVE DATA**

Dichiara ad alta voce, chiaramente e lentamente

1 Nome

2 Et 

3 Data di nascita

4 Lingua

5 Domicilio attuale

6 N. di telefono di casa

7 N. di telefono del posto di lavoro

8 N. della tessera sanitaria

9 Professione attuale

10 Religione

Nome, N. di telefono, indirizzo di:

11 Medico di famiglia

12 Ambulatorio

13 Ospedale

14 In caso di urgenza avvertire.....

15 Interprete

Acconsento ad essere sottoposto agli accertamenti e alle cure necessarie  
(Firma):

Say loudly, clearly and slowly:

1 Name

2 Age

3 Date of birth

4 Language

5 Present address

6 Home phone no.

7 Work phone no.

8 Health Insurance no.

9 Present occupation

10 Religion

Name, phone & address of:

11 Doctor

12 Clinic

13 Hospital

14 In emergency notify

15 Interpreter

Consent:  
I consent to the necessary examination & treatment by the doctors.

(Signed:)