

Persisch/ فارسی

### 13. Covid-19 Verdacht مشکوک است -coronavirus

#### DEUTSCH

#### فارسی

Vorname	نام:
Nachname	نام فامیل:
Geschlecht	جنسیت
-weiblich	مرد <input type="checkbox"/>
-männlich	زن <input type="checkbox"/>
Körpergröße in Zentimetern	قد به سانتیمتر
	cm
Körpergewicht in Kilogramm	وزن به کیلوگرم
	kg

Kommentiert [2]:

BITTE KREUZEN SIE ZUTREFFENDES AN. لطفاً علامت بزنید.

	Ja/بله	Nein/ خیر
Angehöriger oder Ansprechpartner فامیل و یا مشاور	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Bei Frauen: Besteht eine Schwangerschaft? برای خانم ها: آیا حامله هستید؟	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Wenn Sie bestimmte Medikamente einnehmen, zeigen Sie dem Arzt bitte die Medikamenten-Verpackung, wenn möglich. اگر دارویی مصرف می کنید، لطفاً بسته بندی آن را به دکتر نشان به داید.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>



Ich fühle mich traurig oder habe Angst.    
من افسرده هستم یا حالت ترس دارم.

Ich habe Panikattacken.    
من دلهره دارم.

## ERHÖHTE KÖRPERTEMPERATUR/FIEBER

### تب

از چه موقع تب دارید؟	Since when do you have a fever?
<input type="checkbox"/> چند ساعت	Few hours
<input type="checkbox"/> یک روز	1 day
<input type="checkbox"/> دو تا شش روز	2 to 6 days
<input type="checkbox"/> بیش از یک هفته	More than one week
<input type="checkbox"/> یک ماه	1 month

JA/ YES NEIN/  
NO

Haben Sie Ihre Körpertemperatur mit einem Thermometer gemessen?    
آیا تب خود را اندازه گرفته اید؟

Wenn ja, wie hoch ist die Körpertemperatur genau? Bitte aufschreiben \_\_\_\_\_ °C  
اگر جواب مثبت است، تب شما چه قدر است؟

Haben Sie Gliederschmerzen?    
آیا اعضاء بدنتان درد می کند؟

Haben Sie Husten?    
آیا سرفه می کنید؟

Ich habe Husten, aber keinen blutigen Auswurf.    
من سرفه می کنم ولی همراه با آن خون نمی بینم.

Haben Sie Halsschmerzen?    
آیا گلویتان درد می کند؟

Ich habe Halsschmerzen.    
من گلو درد دارم.

Ich habe Schnupfen.    
من آبریزش بینی دارم.

Ich habe Ohrenschmerzen.    
من گوش درد دارم.

Ist jemand in Ihrem direkten Umfeld erkrankt?    
آیا کسی در نزدیکی شما مریض است؟

Haben Sie Schmerzen beim Wasserlassen?    
موقع ادرار کردن درد دارید؟

Haben Sie Hautausschlag?    
آیا پوستتان قرمز است؟



Haben Sie Bauchschmerzen? آیا دل درد دارید؟

### SEIT WANN HABEN SIE ATEMBESCHWERDEN?

### از چه موقع مشکل تنفسی دارید؟

- |                                       |                |
|---------------------------------------|----------------|
| <input type="checkbox"/> 1 Tag        | چند ساعت       |
| <input type="checkbox"/> 2 bis 6 Tage | یک روز         |
| <input type="checkbox"/> über 1 Woche | دو تا شش روز   |
| <input type="checkbox"/> 1 Monat      | بیش از یک هفته |
| <input type="checkbox"/> immer        | یک ماه         |

### BITTE KREUZEN SIE ZUTREFFENDES AN.

### لطفاً علامت بزنید.

		Ja/ بله	Nein/ خیر
Ich habe Atemnot.	من نفس تنگی دارم.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Ich habe nächtliche Atemaussetzer.	من شب ها نفسم قطع می شود.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Ich kann nur noch im Sitzen schlafen, weil ich sonst keine Luft bekomme.	من فقط در حالت نشسته می توانم بخوابم زیرا در حالت دراز کشیده نفسم تنگ می شود.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Ich habe geschwollene Beine.	پاهای من ورم کرده اند	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

### Wenn Sie Atemnot haben, wann tritt diese auf?

### نفس تنگی شما چه موقع شروع می شود

- |   |                            |
|---|----------------------------|
| <input type="checkbox"/> bei körperlicher Anstrengung<br>oder Belastung | موقع حرکات شدید بدنی       |
| <input type="checkbox"/> nachts oder im Liegen                          | شبها یا در حالت دراز کشیده |

### Haben Sie Husten? Wenn ja:

### Do you cough, if so:

- |   |             |
|---|-------------|
| <input type="checkbox"/> trockener Husten   | سرفه خشک    |
| <input type="checkbox"/> Reizhusten         | سرفه تحریکی |
| <input type="checkbox"/> Husten mit Auswurf | سرفه با خلط |



- krampfartiger Husten سرفه اسپاسمی

### Wann haben Sie Husten?

### چه موقع سرفه می کنید؟

- nachts نصف شبها
- morgens صبح ها
- mittags ظهر ها
- abends شبها
- immer همیشه
- nur im Liegen فقط درحالت خوابیده

Ja/ بله Nein/ خیر

Sind Sie heiser? آیا صدایتان گرفته است؟

Rauchen Sie Tabak? آیا سیگار می کشید؟

Haben Sie Atembeschwerden, wenn Sie sich anstrengen? آیا وقتی که حرکات بدنی سخت می کنید، برایتان مشکلات تنفسی به وجود می آید؟

Haben Sie Atembeschwerden, wenn Sie sich nicht bewegen? آیا در حال استراحت هم مشکلات تنفسی دارید؟

Fühlt sich Ihr Brustkorb eingeeengt an? آیا در قفسه سینه احساس تنگی می کنید؟

### Wenn ja, wann fühlt sich ihr Brustkorb eingeeengt an?

### اگر جواب مثبت است: چه موقع؟

- bei körperlicher Anstrengung oder Belastung موقع حرکات شدید بدنی
- in Ruhe درحال استراحت

### SEIT WANN HABEN SIE VERDAUUNGSPROBLEME?

### چه موقع مشکلات گوارشی دارید؟

Wenn alle mit \* markierten Punkte zutreffen, besteht wahrscheinlich erhöhte Ansteckungsgefahr und eine Isolation des Patienten wird empfohlen.

اگر همه نکاتی که با \* علامت گذاری شده صدق می کنند، در این صورت به احتمال قوی خطر یک بیماری مسری وجود دارد و شما باید قرنطینه شوید.

- ein paar Stunden چند ساعت
- 1 Tag یک روز

Kommentiert [SP3]:

136

...



- |                                       |                |  |  |
|---------------------------------------|----------------|--|--|
| <input type="checkbox"/> 2 bis 6 Tage | دو تا شش روز   |  |  |
| <input type="checkbox"/> über 1 Woche | بیش از یک هفته |  |  |
| <input type="checkbox"/> 1 Monat      | یک ماه         |  |  |
| <input type="checkbox"/> Immer        | همیشه          |  |  |

Ja/ بله    Nein/ خیر

- |                           |                            |                          |                          |
|---------------------------|----------------------------|--------------------------|--------------------------|
| Ist Ihnen übel?           | آیا دل به هم خوردگی دارید؟ | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| Haben Sie sich übergeben? | آیا دل به هم خوردگی دارید؟ | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |

Wenn ja: **اگر جواب مثبت است:**

- |   |               |  |  |
|---|---------------|--|--|
| <input type="checkbox"/> einmal             | یک بار        |  |  |
| <input type="checkbox"/> ein- bis dreimal   | یک تا سه بار  |  |  |
| <input type="checkbox"/> mehr als dreimal   | بیش از سه بار |  |  |
| <input type="checkbox"/> wenig              | کم            |  |  |
| <input type="checkbox"/> schwallartig       | ناگهانی       |  |  |
| <input type="checkbox"/> mit Blutbeimengung | همراه با خون  |  |  |

Ja/ بله    Nein/ خیر

- |                      |                  |                          |                          |
|----------------------|------------------|--------------------------|--------------------------|
| HABEN SIE DURCHFALL? | آیا اسهال دارید؟ | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
|----------------------|------------------|--------------------------|--------------------------|

Wenn ja\*, wie häufig hatten Sie innerhalb der letzten 24 Stunden Durchfall?    اگر جواب مثبت است\*, چند بار در عرض ۲۴ ساعت؟

- |   |               |  |  |
|---|---------------|--|--|
| <input type="checkbox"/> einmal           | یک بار        |  |  |
| <input type="checkbox"/> ein- bis dreimal | یک تا سه بار  |  |  |
| <input type="checkbox"/> mehr als dreimal | بیش از سه بار |  |  |

**Welche Konsistenz hat Ihr Stuhl?**    مدفوع شما چگونه است؟

- |                                  |      |  |  |
|----------------------------------|------|--|--|
| <input type="checkbox"/> breiig  | شل   |  |  |
| <input type="checkbox"/> flüssig | روان |  |  |
| <input type="checkbox"/> Wässrig | آبکی |  |  |

JA/    NEIN/  
بله    خیر

- |                           |                             |                          |                          |
|---------------------------|-----------------------------|--------------------------|--------------------------|
| Haben Sie Blut im Stuhl?* | آیا در مدفوع خون وجود دارد؟ | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
|---------------------------|-----------------------------|--------------------------|--------------------------|



Haben Sie Fieber?\*

آیا تب دارید؟

Haben Sie Verstopfung?

آیا یبوست دارید؟

Wenn ja, wann war Ihr  
letzter Stuhlgang?

اگر جواب مثبت است، چه موقع آخرین بار توالت بوده  
اید؟

- vor 3 Tagen سه روز پیش
- vor 5 Tagen پنج روز پیش
- vor mehr als einer Woche بیش از یک هفته

Wie viel Flüssigkeit trinken  
Sie?

چه قدر مایعات می نوشید؟

- weniger als 1 Liter am Tag کمتر از یک لیتر در روز
- 1 bis 2 Liter am Tag یک تا دو لیتر در روز
- mehr als 2 Liter am Tag بیش از دو لیتر در روز

JA/  
بله NEIN/  
خیر

Ich habe weniger Appetit als sonst. من کمتر از معمول اشتها دارم.

Ich habe so viel Appetit wie immer. اشتها ی من مثل همیشه است.

Besteht die Möglichkeit, dass Sie etwas  
Verdorbenes gegessen haben? آیا غذای مانده خورده اید؟

Ist jemand in Ihrem direkten Umfeld  
erkrankt? آیا کسی در نزدیکی شما مریض است؟



MEDIZINISCHE  
FLÜCHTLINGSHILFE  
DÜSSELDORF

Persisch/فارسی Name/نام:  
Covid-19 Verdacht  
تاریخ تولد/Geburtsdatum:  
مشکوک است -coronavirus

Datum:

Letzte Änderung: April 2020

Bei Unklarheiten Frage überspringen  
اگر چیزی مشخص نیست ، از این سوال پرش کنید

Für die Richtigkeit der Übersetzung wird keine Haftung übernommen.  
رای درست بودن ترجمه هیچ تضمینی وجود ندارد.