

கர்ப்பகாலக்குறிப்பேடு
Carnet de maternité
Mutterschaftspass
Libretto di maternità



தமிழ் Tamilisch tamoul tamil

குடும்பப்பெயர்

Nom

Name

Cognome

கன்னிப்பெயர்

Nom de jeune fille

Mädchenname

Cognome da nubile

சொந்தப்பெயர்

Prénom

Vorname

Nome

விலாசம்

Adresse

Adresse

Indirizzo

தொலைபேசி

Tél. / Tel.

வதிவிட பத்திரம்

Permis de séjour

Aufenthaltsstatus

Permesso di soggiorno

மருத்துவகாப்புறுதி

Assurance maladie

Krankenkasse

Cassa malati

இலக்கம்

No:

Nr:

No:

உங்களை கவனிப்பவர்

Suivie par

Betreut von

Seguita da

பொதுவான தகவல்கள்

Renseignements généraux

Allgemeine Informationen

Informazioni generali

முதல் பரிசோதனையின் திகதி

Date de la 1^{ère} consultation
Datum der 1. Konsultation
Data della 1a consultazione

பிறந்த திகதி

Date de naissance
Geburtsdatum
Data di nascita

தேசிய இனம்

Lieu d'origine
Herkunftsland
Paese d'origine

சுவிஸிற்கு வந்த திகதி

Date d'arrivée en Suisse
Einreisedatum in die Schweiz
Data d'arrivo in Svizzera

மணமுடித்தவரா

Mariée
Verheiratet
Sposata

ஆம்

oui
ja
si

இல்லை

non
nein
no

கணவரின் குடும்பப்பெயரும் சொந்தப்பெயரும்

Nom et prénom du mari
Name und Vorname des Ehemannes
Cognome e nome del marito

கணவர் வசிக்கும் இடம்

Lieu d'hébergement du mari
Aufenthaltsort des Ehemannes
Luogo di dimora del marito

பேசும் மொழி

Langues parlées
Sprachen
Lingue parlate

பிரஞ்சு
français
Französisch
francese

இத்தாலியன்
italien
Italienisch
italiano

ஜெர்மன்
allemand
Deutsch
tedesco

ஆங்கிலம்
anglais
Englisch
inglese

வேறு
autre
andere
altre

உங்களின் நாட்டில் இக்காப்பகாலத்தில் பரிசோதனை செய்யப்பட்டதா? ஆம் இல்லை
Votre grossesse a-t-elle été suivie dans votre pays? oui non
Wurden Sie in Ihrem Land während der Schwangerschaft betreut? ja nein
Ha effettuato dei controlli di gravidanza nel suo paese? si no

உங்கள் காப்பகாலக்குறிப்பேடு ஏதாவது உங்களுடன் இருக்கிறதா? ஆம் இல்லை
Vous reste-t-il des documents concernant votre grossesse? oui non
Besitzen Sie Unterlagen über Ihre Schwangerschaft? ja nein
Possiede degli incarti relativi alla gravidanza? si no

கவிலிற்றல் வந்தபின் காப்பகால மருத்துவபரிசோதனை உங்களுக்கு செய்யப்பட்டதா? ஆம் இல்லை
Avez-vous eu un contrôle de grossesse depuis votre arrivée en Suisse? oui non
Haben Sie seit Ihrer Ankunft in der Schweiz eine Schwangerschaftskontrolle gehabt? ja nein
Ha già fatto un controllo di gravidanza dal suo arrivo in Svizzera? si no

ஆம் எனில் இப்பரிசோதனையின் விபரங்கள் உங்களுடன் இருக்கிறதா? ஆம் இல்லை
Si oui, avez-vous des documents de cette consultation? oui non
Wenn ja, besitzen Sie Unterlagen? ja nein
Se sì, dispone degli incarti relativi alle consultazioni effettuate? si no

உங்களை பொறுப் எடுக்கும் சமூகசேவை
Service social de référence
Zuständiges Sozialamt
Servizio sociale di riferimento

உங்கள் குடும்பத்தின் செளக்கியநிலமைகள்
Antécédents familiaux
Krankheiten in der Familie
Antecedenti familiari

உங்கள் தாய் உயிரோடு உள்ளரா? அவருக்கு ஏதாவது நோய் இருக்கின்றதா?

Votre mère est-elle vivante? Souffre-t-elle d'une maladie?

Lebt Ihre Mutter? Ist sie krank?

Sua madre è viva? Soffre di una malattia?

உங்கள் தந்தை உயிரோடு உள்ளரா? அவருக்கு ஏதாவது நோய் இருக்கின்றதா?

Votre père est-il vivant? Souffre-t-il d'une maladie?

Lebt Ihr Vater? Ist er krank?

Suo padre è vivo? Soffre di una malattia?

உங்களின் சகோதரர்கள் எத்தனை? அவர்கள் உயிரோடு உள்ளார்களா?

Combien de frères et sœurs avez-vous, sont-ils vivants?

Wie viele Geschwister haben Sie, wie viele sind am Leben?

Quanti fratelli e sorelle ha? Sono vivi?

அவர்களுக்கு ஏதாவது நோய் இருக்கின்றதா?

Souffrent-ils d'une maladie?

Leiden sie an einer Krankheit?

Soffrono di una malattia?

உங்கள் பிள்ளைகளுக்கு ஏதாவது நோய் இருக்கின்றதா?

Vos enfants souffrent-ils d'une maladie?

Leiden Ihre Kinder an einer Krankheit?

I suoi figli soffrono di una malattia?

குழந்தையின் தகப்பனுக்கு ஏதாவது நோய் இருக்கின்றதா?

Le père du bébé souffre-t-il d'une maladie?

Leidet der Vater des Kindes an einer Krankheit?

Il padre del bébé soffre di una malattia?

கீள் குறிக்கப்பட்டவை உங்கள் சொந்தத்தினரிற்குள் இருக்கின்றதா:

Dans votre parenté proche, y a-t-il:

Gibt es in Ihrer Verwandtschaft:

Nella parentela prossima ci sono:

இராண குழந்தைகள்

des jumeaux
Zwillinge
gemelli

சலரோகம்

du diabète
Zuckerkrankheit
diabete

வேறு நோய்கள்

d'autres maladies
andere Krankheiten
altre malattie

ஆங்கவீனமான குழந்தைகள்

des malformations
Fehlbildungen
malformazioni

கசம்

de la tuberculose
Tuberculose
tuberculosi

உயர் இரத்த அழுக்கம்

de l'hypertension
Bluthochdruck
ipertensione

புற்றுநோய்

des cancers
Krebs
cancro

உங்கள் சொந்த சொலக்கிய நிலமை
Antécédents personnels
Persönliche Anamnese
Antecedenti personali

கீள் குறிக்கப்பட்டதில் ஏதாவது உங்களுக்கு இருக்கிறதா:

Souffrez-vous personnellement de:

Leiden Sie persönlich an:

Personalmente, soffre di:

ஒத்து கொள்ளாமைய் இருப்பவை

allergies

Allergien

allergie

முட்டு

asthme

Asthma

asma

அங்கவீனமான பிறப்பு

malformations

Missbildungen

malformazioni

உயர் இரத்த அழுக்கம்

hypertension

Bluthochdruck

ipertensione

சலரோகம்

diabète

Zuckerkrankheit

diabete

நாளத்தில் வரும் இரத்த கட்டி

thromboses veineuses/varices

Thrombose/Krampfaderen

trombosi/varici

செங்கமேரி

hépatite

Hepatitis

epatite

கசம்

tuberculose

Tuberculose

tubercolosi

வேறு நோய்கள்

autres maladies

andere Krankheiten

altre malattie

சத்திரசிகிச்சை ஏதாவது உங்களுக்கு செய்யப்பட்டதா? ஆம் எனில், எது? எப்பொழுது?

Avez-vous eu des opérations? Si oui lesquelles et quand?

Hatten Sie bereits eine Operation? Wenn ja, welche und wann?

Ha già avuto interventi? Quali? Quando? _____

விறைப்புசியோ அல்லது மயக்கமருந்து கொடுக்கப்பட்டதா? ஆம் எனில், எது? ஒத்துகொண்டதா?

Avez-vous subi une anesthésie? Si oui laquelle, et l'avez-vous bien supportée?

Hatten Sie bereits eine Anästhesie? Gab es Probleme?

Ha già avuto un'anestesia? Quale? Ha avuto problemi? _____

வழக்கமாக ஏதாவது மருந்துகள் நீங்கள் எடுத்துக்கொண்டு இருக்கிறீர்களா? ஆம் எனில், எவை?

Prenez-vous régulièrement des médicaments? Si oui lesquels?

Nehmen Sie regelmässig Medikamente? Wenn ja, welche?

Prende regolarmente medicinali? Quali? _____

நீங்கள் புகையிலை பாவிக்கிறீர்களா?

Fumez-vous?

Rauchen Sie?

Fuma?

நீங்கள் மதுபானம் பாவிக்கிறீர்களா?

Consommez-vous de l'alcool?

Trinken Sie Alkohol?

Beve alcolici?

வேறு (கோகேயின் போன்ற) போதைபொருட்கள் பாவிக்கிறீர்களா?

Consommez-vous d'autres toxiques comme la cocaïne?

Nehmen Sie andere Substanzen, wie zum Beispiel Kokain?

Fa uso di altre sostanze, quali cocaina? _____

நடந்த பெண்களின் நோய்கள், குறைபாடுகள்
Antécédents gynécologiques
Gynäkologische Anamnese
Antecedenti ginecologici

பெண் உறுப்புகளில் சத்திரசிகிச்சை ஏதாவது உங்களுக்கு செய்யப்பட்டதா?
Avez-vous subi des opérations gynécologiques? Si oui lesquelles et quand?
Hatten Sie schon gynäkologische Operationen? Wenn ja, welche und wann?
Ha avuto interventi ginecologici? Quali? Quando?

பெண் உறுப்புகளில் ஏதாவது நோய்கள் உங்களுக்கு இருந்ததா? ஆம்எனில், எந்த நோய்? எப்பொழுது?
Avez-vous eu des maladies gynécologiques? Si oui lesquelles et quand?
Hatten Sie schon gynäkologische Krankheiten? Wenn ja, welche und wann?
Ha avuto malattie ginecologiche? Quali? Quando?

கர்ப்பவதியாக இருந்து, உங்கள் கர்ப்பம் அளிந்து விட்டதா? ஆம்எனில், எப்பொழுது? எத்தனை மாதங்களில்?
Avez-vous fait des fausses-couches? Si oui, quand et à quel mois de grossesse?
Hatten Sie Fehlgeburten? Wenn ja, in welcher Schwangerschaftswoche?
Ha avuto aborti? Se sì, quando? A quante settimane?

கர்ப்பவியாக இருந்து, கர்ப்பத்தை அளிப்பதற்கு நீங்களே முடிவெடுத்தோ,
மருத்துவ காரணங்களாலோ செய்யப்பட்டதா? ஆம்எனில், எத்தனை தடவை, எப்பொழுது?
Avez-vous subi des interruptions de grossesse, volontaires ou médicales? Si oui, combien et quand?
Hatten Sie schon gewollte oder medizinische Aborte? Wie viele und wann?
Ha avuto interruzioni volontarie o mediche di gravidanza? Se sì, quante e quando?

கர்ப்பம்தரிக்காமல் இருந்து, உங்களுக்கு அதற்கேற்ற சிகிச்சை செய்யப்பட்டதா?
ஆம்எனில், எந்த சிகிச்சை? எப்பொழுது?
Avez-vous suivi un traitement pour une stérilité? Si oui, lequel et quand?
Wurden Sie wegen Sterilität behandelt? Wie und wann?
Ha avuto un trattamento contro la sterilità? Se sì, quale e quando?

நடந்த கர்ப்பகாலங்களை பற்றிய தகவல்கள்
 Antécédents obstétricaux
 Geburtshilfliche Anamnese
 Antecedenti ostetrici

உங்களின் பிரசவங்கள் Naissance des enfants Geburten der Kinder Nascita dei figli

வருடம் Année Jahr Anni					
நிறையும், பாலும் Poids et sexe Gewicht und Geschlecht Peso e sesso					
பிரசவம் நடந்த இடம் Lieu de naissance Geburtsort Luogo della nascita					
கர்ப்பகாலத்தின் பொது நடந்த பிரச்சனைகள் Complications de grossesse Schwangerschaftskomplikationen Complicazioni durante la gravidanza					
உங்களின் பிரசவம் சாதாரணமானதா அல்லது சத்திரசிகிச்சையானதா Voie basse ou césarienne Spontangeburt oder Kaiserschnitt Parto oppure taglio cesareo					
எத்தனை மாதங்களுக்கு நீங்கள் குழந்தைக்கு தாய்பாலூழினீர்கள்? Allaitement, nombre de mois? Stillen, wie lange? Allattamento, per quanto tempo?					
பிள்ளைகள் இருக்கும் இடம் Lieu d'hébergement des enfants Aufenthaltsort der Kinder Luogo di dimora dei figli					

இப்பொழுது நடக்கும் கர்ப்பகாலம்
Grossesse actuelle
Aktuelle Schwangerschaft
Gravidanza attuale

எத்தனை தடவை உங்களுக்கு கர்ப்பம் தரிக்கப்பட்டுள்ளது Gestité Gravida Gravida	உங்களுக்கு எத்தனை பிள்ளைகள் பிறந்தவை Parité Para Para
உங்கள் குருதிப்பிரிவு Groupe sanguin Blutgruppe Gruppo sanguigno	உங்கள் இரத்தகுதியின் எதிர்சக்தி சோதனை செய்த நாள் Anticorps (+date) Antikörper (+Datum) Anticorpi (+data)
கடைசி மாதவிடாய் தொடங்கின முதல் நாள் Date des dernières règles Letzte Periode Ultimo mestruazioni	பிரசவம் கணித்தநாள் Date du terme prévu Geburtstermin Termine previsto
ஆல்ப்டா சோனிக் அலையால் கணக்கெடுத்த பிரசவம் கணிக்கும் நாள் Date selon les ultrasons Geburtstermin gemäss Ultraschall Data secondo ultrasuoni	பிரச்சனை வரக்கூடிய சந்தர்ப்பம் Facteurs de risques Risikofaktoren Fattori di rischio
கர்ப்பவதியாக இருக்கும் முதல், உங்கள் நிறை Poids avant la grossesse Gewicht vor der Schwangerschaft Peso prima della gravidanza	உயரம் Taille Grösse Altezza

இரத்த பரிசோதனைகள் Sérologies Serologie Serologia

<input type="checkbox"/> தொக்சோபிலாஸ்மோஸ் என்ற நோய் இருப்பதைபற்றிய பரிசோதனை, செய்த திகதி. Toxoplasmose (+date) Toxoplasmose (+Datum) Toxoplasmosi (+data)	<input type="checkbox"/> ஜெர்மன்அம்மை நோய் Rubéole Röteln Rosolia	<input type="checkbox"/> இரத்த பரிசோதனை CMV CMV CMV	<input type="checkbox"/> பால்வினை நோய் சோதனைகள் VDRL VDRL VDRL
<input type="checkbox"/> செங்கமேரி B Hépatite B Hepatitis B Epatite B	<input type="checkbox"/> செங்கமேரி C Hépatite C Hepatitis C Epatite C	<input type="checkbox"/> ஸ்ரெப்ரோகொக் கிருமி B Strepto B Strepto B Strepto B	<input type="checkbox"/> வேறு Autres Andere Altro
<input type="checkbox"/> கர்ப்பவாசலில் உள்ள திரவபரிசோதனை (திகதி) Frottis du col (+date) Zervixabstrich (+ Datum) Striscio della cervice (+ data)	<input type="checkbox"/> கத்தமாக எடுக்கும் சிருநீர் பரிசோதனை Uricult (+date) Urikult (+Dat.) Uricult (+data)		
<input type="checkbox"/> கர்ப்பகாலத்தின் மர்த்துவ பரிசோதனையின் கண்டுபிடிப்புகள் Diagnostic prénatal Pränatale Diagnostik Diagnosi prenatale			

பிரசவத்திற்கு ஆயத்தங்கள்
Organisation de l'accouchement
Geburtsplanung
Organizzazione per il parto

நீங்கள் பிரசவ ஆயத்த வகுப்பில் சேர்வதற்கு பதிந்து கொண்டீர்களா ?

Inscrite pour un cours de préparation à la naissance ?

Angemeldet für Geburtsvorbereitungskurs ?

Iscritta a un corso di preparazione al parto ?

பிரசவத்திற்கு, தெரிவு செய்த இடம் எது

Lieu d'accouchement choisi

Gewünschter Geburtsort

Luogo scelto per il parto

தன் கலச்சாரங்களுடன் அல்லது சமயத்துடன் சேர்ந்த விருப்பங்கள் ஏதாவது உண்டோ ?

Désirs particuliers liés à la culture, aux croyances, etc. ?

Besondere kulturelle, religiöse oder andere Wünsche ?

Desideri particolari legati alla cultura, alla religione, ecc. ?

பிரசவத்தின் பின் செய்யும் பராமரித்தல்

Suivi post-partum

Wochenbettbetreuung

Cure dopo-parto

விட்டில்

à domicile

zu Hause

a casa

வைத்தியசாலையின் பெண்களின் பகுதியில்

à la maternité

im Spital

alla maternità

பிரசவத்தின்போது ஒத்துணைக்கும் மொழிபெயர்ப்பாளர்

Personne présente à l'accouchement pour traduction

Sprachvermittelnde Begleitperson

Persona presente al parto in grado di assicurare una traduzione

குடும்பப்பெயர்

Nom

Name

Cognome

சொந்தப்பெயர்

Prénom

Vorname

Nome

விலாசம்

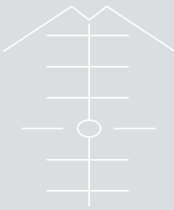
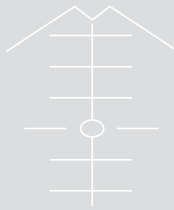
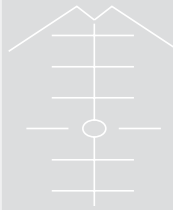
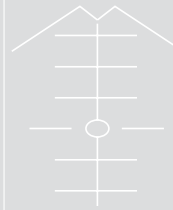
Adresse

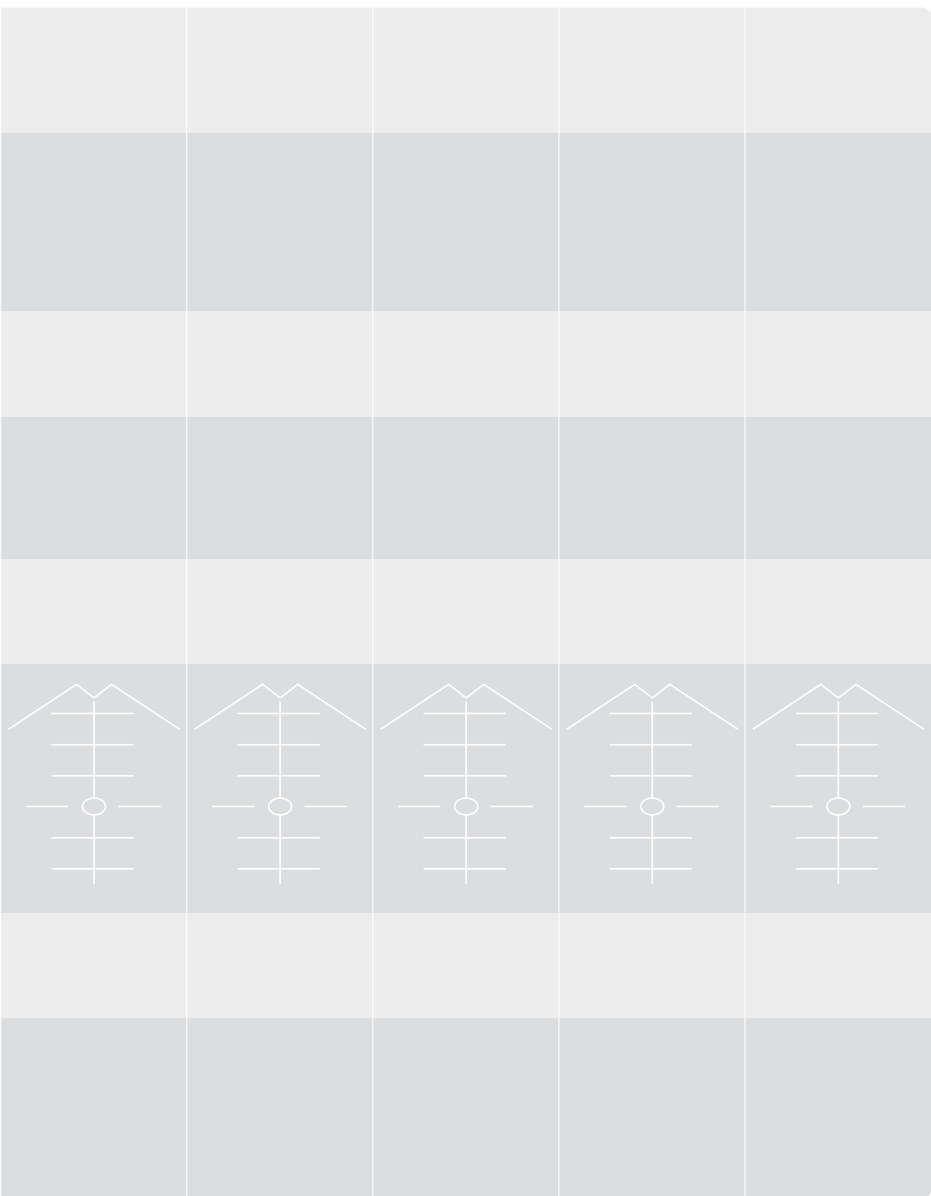
Adresse

Indirizzo

தொலைபேசி

Tél. / Tel.

<p>திகதியும் கர்ப்பத்தின் கிழமைகளும்</p> <p>Date + SA Datum + SSW Data + sdg</p>				
<p>தேக நிலை</p> <p>Etat général Allgemeiner Zustand Stato generale</p>				
<p>இரத்த அழுத்தம்</p> <p>TA Blutdruck Pressione</p>				
<p>கைகாலிற்குள் நீர் தங்கியுள்ளதா</p> <p>Oedèmes Odeme Edemi</p>				
<p>கர்ப்பப்பையின் நிலை</p> <p>HU Fundusstand Fondo uterino</p>				
<p>குழந்தையின் தலை கர்ப்பப்பையிற்குள் எந்த பக்கத்தில் இருக்கிறது</p> <p>Présentation Kindslage Presentazione</p>				
<p>குழந்தையின் இதய துடிப்பு</p> <p>BCF FHF BCF</p>				
<p>பெண்ணூறுப்பிற்குள் செய்யும் சோதனை-கர்ப்பப்பை கழுத்தின் நிலைமை</p> <p>TV/Col Vaginaluntersuchung/MM Visita vaginale/collo</p>				

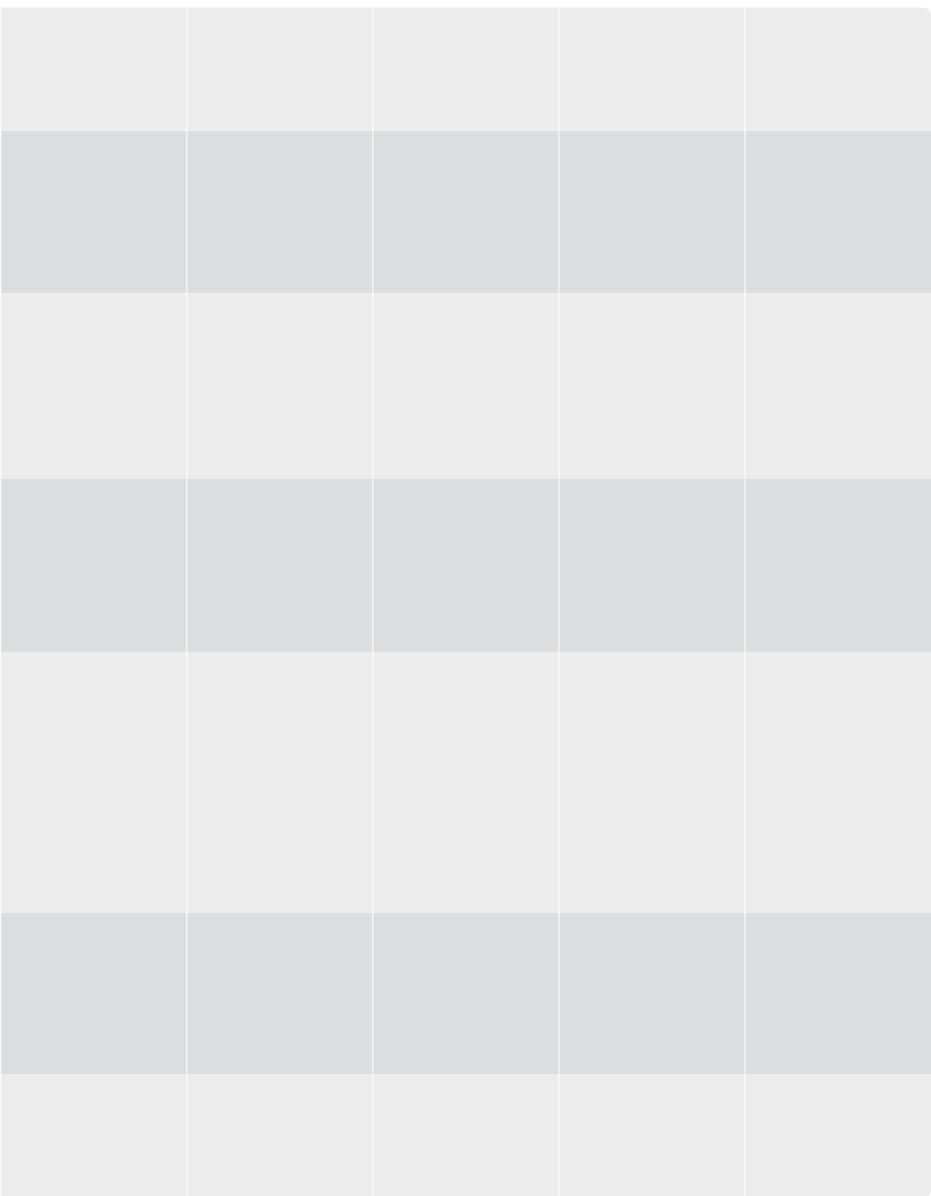


Contrôles de grossesse

Schwangerschaftskontrollen

Controlli di gravidanza

<p>சிறுநீரில்-சர்க்கரை- வெள்ளை அணுக்கள் Prot/Gluc/Leucos (urines) Prot/Gluk./Lc. (Urin) Prot./Gluc/Lc (urina)</p>				
<p>பிராண வாயுவை ஏந்திச் செல்லும் செண்குறியின் பகுதி Hb/Plaq. Hb/Tc Hb/Tc</p>				
<p>பிரத்தியோகமான பரிசோதனைகள் Examens spéciaux Spezielle Untersuchungen Esami speciali</p>				
<p>அல்ட்ரா சொனிக் அலை(குழந்தையை ஒரு திரையில் பார்ப்பது) Ultrasons Ultraschall Ultrasuoni</p>				
<p>மனப்பாங்கு Attitude Massnahmen Procedere</p>				
<p>இனிவரும் காப்பகாலப்பரிசோதனைக்குரிய சந்திப்பு Prochain contrôle Nächste Kontrolle Prossimo controllo</p>				
<p>கைஒப்பம் Signature Unterschrift Firma</p>				



சுருக்கமான பிரசவ தகவல்கள்

Résumé d'accouchement

Zusammenfassung Geburtsverlauf

Riassunto del parto

பிரசவத்தின் திகதியும் நேரமும் – எத்தனை கிழமைகள்

Date et heure de la naissance – semaines de gestation

Datum und Zeit der Geburt – Schwangerschaftswochen

Data e ora della nascita – settimane di gravidanza

பனிக்குடநீர் இருக்கும் பை வெடித்து, நீர் வெளியாகும் நேரமும், திகதியும்

Date et heure rupture des membranes

Datum und Zeit des Blasensprungs

Data e ora della rottura delle membrane

பனிக்குடநீர்

Liquide amniotique

Fruchtwasser

Liquido amniotico

தெளிவானது

clair

klar

chiaro

களங்கம்

teinté

grün gefärbt

tinto

கரும்பச்சை நிறம்

méconial

mekoniumhaltig

meconiale

பிரசவம்

Naissance

Geburt

Nascita

சுக பிரசவம்

spontanée

spontan

spontanea

ஆயுதம்

forceps

Forzepe

forcipe

ஆயுதம்

ventouse

Vakuum

ventosa

சத்திரசிகிச்சை

césarienne

Section

cesareo

காரணம்

Indication

Indikation

Indicazione

நஞ்சு

Delivrance

Placenta

Secondamento

சுயமான

spontanée

spontan

spontaneo

கையோட்டு எடுத்தல்

artificielle

manuelle Lösung

manuale

பிரசவத்தின்பின் வரும் மாதவிடாய்

Pertes sanguines à l'accouchement

Blutverlust

Perdite ematiche al parto

பாலியல்

Périnée

Perineum

Perineo

பகுதியின் தசை

intact

intakt

intatto

பிரசவத்தின்போது செய்யும் வெட்டு

épisiotomie

Episiotomie

episiotomia

கிளியல் I / II / III / IV

déchirure I / II / III / IV

Dammiss I / II / III / IV

lacerazione I / II / III / IV

தையல்

suture

Damnaht

sutura

மயக்கமாக்குதல்	<input type="checkbox"/>	இன்மை	<input type="checkbox"/>	விறைப்புசி	<input type="checkbox"/>	முள்ளதண்டில்	<input type="checkbox"/>	செய்யும்	<input type="checkbox"/>	விறைப்புசி	<input type="checkbox"/>	பொதுவான	மயக்கம்
Anesthésie		aucune		locale		péridurale		rachidienne		spinale		générale	
Anästhesia		keine		lokale		PDA		spinal		spinale		Vollnarkose	
Anestesia		nessuna		locale		peridurale		spinale		spinale		generale	

முதல் பாலூட்டல்	<input type="checkbox"/>	உடநடியான பாலூட்டல்	<input type="checkbox"/>	பிந்தின பாலூட்டல்	<input type="checkbox"/>
Première mise au sein		immédiate		tardive	
Ansetzen an die Brust		sofort		später	
Prima messa al seno		immediata		tardiva	

குழந்தை Nouveau-né Kind Neonato

குடும்பப்பேயர்	பெயர்	பால்
Nom	Prénom	Sexe
Name	Vorname	Geschlecht
Cognome	Nome	Sesso

பிறக்கும்நேரம் குழந்தையின் பிராணவாயுநிலைமை	நிறை	உயரம்
Apgar	Poids	Taille
Apgar	Gewicht	Länge
Apgar	Peso	Altezza

குருதிப்பிரிவும்	வைட்டமின் K	ஆம்	இல்லை		
Groupe sanguin et Coombs	Vit. K	<input type="checkbox"/>	oui	<input type="checkbox"/>	non
Blutgruppe und Coombstest	Vit. K		ja		nein
Gruppo sanguigno e Coombs	Vit. K		si		no

உடநடியான சமாளித்தல்	வித்தியாசமான வேறுபாடுகள்
Adaptation immédiate	particularités
Adaptation sofort	Bemerkungen
Adattamento immediato	particolarità

பாலூட்டல்	<input type="checkbox"/>	தாய் பாலூட்டல்	<input type="checkbox"/>	வேறு பால் என்றால் எது?
Allaitement		maternel		artificiel, quel lait?
Ernährung		Muttermilch		Flaschenmilch, Fabrikat?
Alimentazione		latte materno		latte artificiale, quale latte?

பிரசவத்தின் பின் செய்யும் பராமரித்தல்

Soins post-natals de la mère

Betreuung der Mutter im Wochenbett

Cure dopo il parto della madre

திகதி Date Datum Data				
தேக நிலைமை Etat général Allgemeiner Zustand Stato generale				
பராமரித்தல் உடல் உண்ணிலை/ இதயதாடிப்பு/இரத்த அழுக்கம் Observations T/ P/ TA Überwachung T/ P/ BD Parametri vitali T/ Pls/ PA				
தாய்பாலூட்டல் Allaitement Stillen Allattamento				
மார்ப்பு Seins Brust Seni				
முலைக்காம்புகள் Mamelons Brustwarzen Capezzoli				
கர்ப்பப்பை Utérus Uterus Utero				
பெண்ணூறுப்பிலிருந்து வெளியேறும் திரவம் Lochies Lochien Lochi				
பொதுவான குறிப்பேடு Remarques générales Bemerkungen Osservazioni				

பிரசவதின்பின் கொடுக்கம் பராமரிப்பு

Soins post-natals du nouveau-né

Betreuung des Kindes im Wochenbett

Cure dopo il parto del neonato

திகதி Date Datum Data				
பொதுவான தேக நிலை Etat général Allgemeiner Zustand Stato generale				
நிறை Poids Gewicht Peso				
மஞ்சள் காமாலை Ictère Ikterus Ittero				
சிறுநீர், மலம் Urine, selles Urin, Stuhlgang Urine, feci				
குழந்தைக்கு செய்யும் இரத்த சோதனை, (குத்திரி) திகதி: Guthrie fait le: Guthrietest gemacht am: Guthrie, eseguito il:				
கைஒப்பம் Signature Unterschrift Firma				

வீட்டிற்கு திரும்பும் நாள்
Retour à domicile
Rückkehr nach Hause
Ritorno a casa

வீட்டிற்கு வரும் மருத்துவமாதா:

Sage-femme à domicile:

Hebamme zu Hause:

Levatrice a casa:

குடும்பப்பெயர்

Nom

Name

Nome

தொலைபேசி

Tél. / Tel.

வீட்டிற்கு திரும்பும்போது துணையாக இருப்பவர்கள்

Entourage prévu à domicile

Unterstützung zu Hause

Sostegno previsto a casa

மனநிலையும் சமூகநிலையும்

Situation psychosociale

Psychosoziale Situation

Situazione psicosociale

கர்ப்பத்தடை தீர்மானிப்பு

Contraception envisagée

Geplante Kontrazeption

Anticoncezione prevista

குடும்பக்கட்டுப்பாட்டு ஆலோசனைகள் (தனிப்பட்ட முறையில்)

Informations individuelles de planning familial

Individuelle Information über Familienplanung gewünscht

Informazioni individuali riguardo il controllo delle nascite

ஆம்

oui

ja

si

இல்லை

non

nein

no

மொழிபெயர்ப்பாளர்

Avec interprète

Mit Vermittlerin

Con traduttore

ஆம்

oui

ja

si

இல்லை

non

nein

no

மகப்பேற்று வைத்தியரினால் செய்வண்டிய பரிசோதனை, பெயர்:

Prochain contrôle gynécologique chez :

Nächste gynäkologische Kontrolle bei :

Prossimo controllo ginecologico :

தோலைபேசி

Tél. / Tel.

குழந்தைவைத்தியரின் பெயர்:

Nom du pédiatre

Kinderärztin / Kinderarzt

Pediatra

தோலைபேசி

Tél.

குழந்தைவைத்தியரை சந்திக்கும் நாள்:

Rendez-vous chez le pédiatre le :

Termin bei der Kinderärztin / dem Kinderarzt :

Appuntamento dal pediatra il :

கீழ்க்குறித்திருப்பது உங்களுக்கு இருந்தால், மருத்துவமாதுவடன் அல்லது வைத்தியருடன் தொடர்பு கொள்வது முக்கியம்:

Vous devez impérativement contacter votre sage-femme ou votre médecin si :
 Sie müssen sich unbedingt bei der Ärztin, dem Arzt oder bei der Hebamme melden :
 Deve assolutamente contattare la sua levatrice, il suo medico se :

<p>இரத்தபோக்கு இருந்தால் Vous perdez du sang Wenn Sie bluten Ha una perdita di sangue</p> <p>பன்னீருடம் உடைந்தால் Vous perdez du liquide amniotique Wenn Sie Fruchtwasser verlieren Ha una perdita di liquido</p> <p>கடுமையான வாந்தி ஏற்படும் போது Vous vomissez beaucoup Bei starkem Erbrechen Vomita tanto</p> <p>கடுமையான வலி ஏற்படும் போது Vous avez de fortes douleurs Bei starken Schmerzen Ha dolori</p>	<p>தொடர்ச்சியான காய்ச்சல் ஏற்பட்டால் Vous avez de la fièvre Bei anhaltendem Fieber Ha febbre</p> <p>பிரசவ வலி ஏற்படும் போது Vous avez des contractions Bei Wehen Ha contrazioni</p> <p>குழந்தையின் அசைவை உணராமல் இருந்தால் Vous ne sentez plus bouger votre bébé Wenn Sie nicht mehr spüren, wie das Baby sich bewegt Non sente più il bebè muoversi</p>	<p>பாதிப்பு ஏதாவது ஏற்படுமாறு, விழுந்தால் அல்லது விபத்து ஏற்பட்டால் Vous avez fait une chute, avez eu un accident ou reçu un coup sur le ventre Nach einem heftigen Sturz, einem Unfall oder einem Schlag in den Bauch E' caduta, ha avuto un incidente o ha ricevuto un colpo alla pancia</p> <p>கடுமையான தலைவலி அல்லது கண்பார்வை மங்கலாக இருந்தால் Vous avez de forts maux de tête ou des troubles de la vision Bei starken Kopfschmerzen oder Augenflimmern Ha forti mal di testa o disturbi alla vista</p>
---	--	--

நீங்கள் தொலைபேசிமூலமாக தொடர்புகொண்டபின், வைத்தியசாலையிற்கு போகவும்!
 Si possible, téléphonez pour annoncer votre venue!
 Wenn möglich, bitte anrufen vor dem Eintritt!
 È pregata di telefonare per annunciare il suo arrivo in ospedale!

வைத்தியசாலையின் பெண்ணோய்களின் பகுதி
 Maternité
 Spital
 Maternità

விலாசம்
 Adresse
 Adresse
 Indirizzo

தொலைபேசி
 Tél./Tel.

