



Questionnaire de santé- CONFIDENTIEL

Медична анкета Конфіденційна медична анкета

Afin de nous aider à vous prendre en charge médicalement, dans les meilleurs délais correspondant à votre propre état de santé, nous vous demandons de bien vouloir remplir ce questionnaire. **Nous vous assurons du respect et de la confidentialité de vos données de santé.**

Для того, щоб найшвидше отримати медичні послуги, які відповідають Вашому стану здоров'я, прохання заповнити цю медичну анкету. **Ми запевняємо Вас у дотриманні конфіденційності Ваших даних про здоров'я.**

Renseignements administratifs/ Адміністративна інформація :

Nom/Прізвище : Prénom/Ім'я :

Date de naissance/Дата народження : Sexe/стать : M/ Ч F/Ж

Nationalité/Громадянство :

Besoin d'interprétariat/Pотребую перекладача :

Non car francophone ou anglophone /Ні, вільне володіння французькою чи англійською мовами

Oui en langue/Так, на мову :

Date d'arrivée en France/Дата прибуття у Францію :

Renseignements médicaux / Ваші медичні дані

Allergies/Наявність алергій : Oui/Так Non/Ні

Si oui, à quoi ? /якщо так то на що ?:

Medicament(s)/медикаментозна (i)

Alimentaire(s)/Харчова(i) алергія/ї :

Antécédent médico- chirurgical : /Попередні хірургічні втручання

Avez-vous déjà été hospitalisé et / ou opéré ? /Ви вже були колись госпіталізовані/прооперовані?

Non/Ні Oui, précisez motif et date/Так, вкажіть дату та причину

.....
.....

Vous sentez vous en bonne santé ? /Ви гарно себе почуваєте ? Oui/Так Non/Ні

Problème(s) de santé actuel(s)/ Актуальні проблеми зі здоров'ям

Avez-vous de la fièvre ? Чи є у вас температура ? : Oui/Так Non/Ні

Pulmonaire/Легені : Asthme /Астма Bronchite chronique /Хронічний бронхіт

Toussez-vous depuis plus d'une semaine ? / Наразі кашель, що триває більше тижня? Oui/Так Non/Ні

Avez-vous une perte de poids inexplicquée ? /Різке схуднення ? Oui/Так Non/Ні

Avez-vous des sueurs nocturnes ? /Нічне потіння Oui /Так Non/Ні

Cardiaque et vasculaire/Кардіо/судинні : Angor/Стенокардія Infarctus/Інфаркт

Hypertension artérielle/Гіпертонія

Troubles du rythme cardiaque/кардіо-аритмія

Accident Vasculaire Cérébral/Інсульт

Insuffisance cardiaque /Серцева недостатність

Pace maker/Стимулятор серця

Prothèse valvulaire cardiaque/клапанний кардіо-протез

Ulcères variqueux/варикозні виразки

Neurologique/Неврологічні : Sclérose en plaque/розсіяний склероз Epilepsie/Епілепсія

Parkinson/Паркінсон Migraine/Mігрень Paralysie/Параліч

Endocrinien/Ендокринні : Diabète/Діабет

Trouble de la thyroïde / проблеми із щитовидною залозою

Digestif/захворювання шлунково-кишкового тракту Ulcère de l'estomac/Виразка шлунку Maladie intestinale chronique /Хронічні кишкові захворювання Cirrhose/Цироз

Infectieux/Інфекційні : Hépatite C/Гепатит С - Hépatite B/Гепатит В VIH /СНІД

Tuberculose /Туберкульоз

Ostéo articulaire/Кістково-суглобні : Polyarthrite rhumatoïde/Ревматологічний поліартрит

Infection ostéo articulaire/ Кістково-суглобова інфекція

Oncologie/Онкологія : cancer/рак si oui, lequel ? /якщо так, якого органу ?

.....

Traitement oncologique en cours/ Поточне онкологічне лікування :

Chimiothérapie/Хіміотерапія Radiothérapie/Радіотерапія

Immunothérapie/Імунотерапія Hormonothérapie/Гормонотерапія

Néphrologie/Нефрологія : Insuffisance rénale/Ниркова недостатність

dialyse/Діаліз Greffe rénale/ Трансплантація нирки

Santé mentale/Психічне здоров'я :

Aviez-vous un suivi psychiatrique? /Ви перебуваєте на психіатричному обліку Oui/Так Non/Ні

Avez-vous actuellement un traitement pour la santé mentale ? / Наразі приймаєте препарати для лікування розладів психічного здоров'я ? Oui / Так Non/ Ні

Pour les femmes/Для жінок :

Pensez-vous être enceinte ? /Ви вагітні Non/Ні Oui

Date des dernières règles/Якщо Так вкажіть дату останнього менструального циклу :

Avez-vous une contraception ? /Чи застосовуєте контрацептивні засоби ? Non/Ні Oui/Так

Autre(s) problème (s) de santé/Інші проблеми зі здоров'ям :

.....
.....

Traitement/Лікування :

Prenez-vous des médicaments chaque jour ? /Чи приймаєте Ви які-небудь медикаменти щодень?

Non/Ні Oui/Так

Si oui lesquels ? Noms avec dosages et Posologies/Якщо так, які і яке дозування :

.....
.....
.....

Actuellement, avez-vous suffisamment de médicaments ? /На даний момент у вас достатньо медикаментів?

Oui, il reste des traitements pour jours ? /Так, достатньо на днів

Non, depuis quand êtes-vous en rupture de traitement ? date : /Ні, Скільки днів ви вже не приймаєте попередньо прописані медикаменти ?

En quittant votre pays, avez-vous dû interrompre votre suivi médical ? /Поїхавши з батьківщини, чи ви змушені були перервати прописаний лікувальний режим чи обстеження у спеціаліста? Non/Ні Oui/Так

Si oui quel type de prise en charge médicale ? / Якщо так, вкажіть який?

.....
.....

N'hésitez pas à joindre à ce formulaire les copies de vos ordonnances, vos documents médicaux, photos des médicaments, carnet de vaccination.

Якщо у вас є копії чи фото рецептів або медичних документів, вакцінальна карта, будь ласка, принесіть їх разом з анкетою.