

Questionnaire de santé- Demande de prise en charge médicale

CONFIDENTIEL – MEDICAL

Конфіденційна медична анкета -Запит на медичне обслуговування

Formulaire en Ukrainien *Формуляр українською мовою*

La Permanence d'Accès aux Soins de Santé (PASS) est un service de l'hôpital de Lorient destiné aux personnes françaises ou étrangères (nouvellement arrivées sur le territoire français en situation régulière ou irrégulière) en situation de précarité.

Відділення безперервного медичного обслуговування (PASS) - це служба при лікарні міста Лор'ян, котра надає медичні послуги французам та іноземцям, (прибулим на територію Франції на постійне чи термінове перебування).

L'équipe de la PASS vous permet un accès aux soins : bilan de santé, consultation médicale et selon votre situation médicale d'assurer une orientation vers les différentes spécialités médicales, la continuité des soins et la délivrance de traitement.

Команда PASS надає медичне обслуговування: загальний медичний огляд; медичну консультацію, та в залежності від вашого медичного стану, направлення до різних вузьких спеціалістів; продовження лікування і забезпечення необхідними медичними препаратами.

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 et de nous le retourner. **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 і надіслати поштою чи електронною поштою.

Ми запевняємо Вас у дотриманні конфіденційності Ваших даних про здоров'я.

Поштою	Електронною поштою
A l'attention de Dr GALLEN Hôpital du Scorff – PASS médicale 5 Avenue Choiseul 56 322 LORIENT OU Dr GOUSSEFF Maison de Médecine Préventive - CHBA 20 Bd Maurice Guillaudot 56000 Vannes	A l'attention de Dr GALLEN : sec.voyageur@ghbs.bzh Ou Dr GOUSSEFF : mmp-demat@ch-bretagne-atlantique.fr

Якщо у вас є питання телефонуйте за номером 02 97 06 75 20

Адміністративна інформація :

Nom/Прізвище :

Prénom/Ім'я :

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

Nationalité/Громадянство :

Langue maternelle/Мова :

Besoin d'interprétariat/Потребую перекладача :

Non car francophone/Ні, вільне володіння французькою мовою

Oui en langue/Так, на мову :

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

Adresse en France/Адреса у Франції :

.....

.....

Téléphone/Телефон :

Mail/Електронна адреса :

Etat civil/Сімейний стан : célibataire/неодружений/незаміжня marié(e) одружений (а)
concubinage/в цивільному шлюбі divorcé(e)/розведений (а) veuf/вдівець veuve/вдова

Situation familiale actuelle en France/Сімейний стан у Франції : один(а) en couple/з
чоловіком/дружиною avec enfant(s) à charge/з дітьми

Pour l'organisation du RDV médical ; si besoin merci de préciser le nom d'une personne référente
(francophone) ainsi que son numéro de téléphone :

Щоб спланувати прийом до лікаря, просимо вказати, при можливості, ім'я та номер телефона
знайомої Вам людини, яка володіє французькою мовою.

.....

Renseignements médicaux / Ваші медичні дані

Allergies/Наявність алергій : Oui/Так Non/Ні

Si oui/якщо так :

Medicament(s)/медикаментозна (i)

Alimentaire(s)/Харчова(i) алергія/ї :

Saisonnaire/Сезонна(i) :

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 почуваете ?

Oui/Так Non/Ні

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

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 inexpliquée ? /Різке схуднення ? Oui/Так Non/Ні

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

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

Hypertension artérielle/Гіпертонія Accident Vasculaire Cérébral/Інсульт

Insuffisance cardiaque /Серцева недостатність Troubles du rythme cardiaque/кардіо-аритмія

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/Мігрень Paralysie/Параліч

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

Endocrinien/Ендокринні : Diabète/Діабет Trouble de la thyroïde / проблеми із щитовидною залозою

Digestif/захворювання шлунково-кишкового тракту Ulcère d'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/якщо так, якого органу ?

.....

Traitement oncologique en cours/ Поточне онкологічне лікування :

Chimiothérapie/Хіміотерапія Radiothérapie/Радіотерапія

Immunothérapie/Імунотерапія Hormonothérapie/Гормонотерапія

Gynéco –urinaire/Гінекологічно-сечові : Insuffisance rénale/Ниркова недостатність

dialyse/Діаліз Greffe rénale/ Трансплантація нирки

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, Combien de jours de traitement avez-vous encore ? /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.

Якщо у вас є копії чи фото рецептів або медичних документів (довідки, картки тощо) відправте, будь ласка, разом з анкетюю.