



LIVRET DE LA COMMUNICATION

Anglais - English

INTRODUCTION

Dear collaborators,

In this booklet you will find a set of practical questions to communicate with patients.

In order to overcome the language barrier, this support will allow you to exchange, understand, evaluate and diagnose without language being an obstacle.

Dear patients,

In this booklet, you will find a set of questions/ answers to ease your communication with the nursing staff.

Rest assured that the staff will make every effort possible to guarantee you quality care, without distinction of race, gender, and no matter your religious or philosophical convictions.

TABLE OF CONTENT

IDENTITY, FAMILY, CONTACT NUMBER	4
MEDICAL HISTORY, ALLERGIES, ADDICTIONS	6
MEDICAL TREATMENT	10
COMPLAINTS	12
PAINS	16
THE WOMAN HUMAN BODY	18
THE MAN HUMAN BODY	19
DIET	20
TRANSIT, CONTINENCE	22
RISK OF FALLING	24
AUTONOMY / DEPENDENCE	26
GLASSES AND PROSTHESIS	28
RELIGION	30

FR 1. IDENTITÉ, FAMILLE, N° DE CONTACT



Pouvez-vous me dire votre nom, prénom et date de naissance ?

Confirmez-vous que les données reprises sur votre bracelet d'identité sont exactes ?

Oui | Non

Avez-vous une personne de référence parlant le français ?

Oui | Non

Si oui, pouvez-vous me donner son nom, prénom, lien de parenté, n° de téléphone ?

Avez-vous une personne de confiance que nous pourrions contacter en cas de besoin ?

Oui | Non

Si oui, pouvez-vous me donner son nom, prénom, lien de parenté, n° de téléphone ?

EN 1. IDENTITY, FAMILY, CONTACT NUMBER



Could you tell me your surname, first name and birth date ?

Do you confirm that the data on your identity bracelet are correct ?

Yes | No

Do you have a reference person who speaks French ?

Yes | No

If so, could you provide me with his surname, first name, relationship, telephone number ?

Do you have a trustworthy person that we could contact if necessary ?

Yes | No

If so, could you provide me with his surname, first name, relationship, telephone number?

FR 2. ANTÉCÉDENTS MÉDICAUX, ALLERGIES, ASSUÉTUDES



Avez-vous des problèmes médicaux ?

Oui Non

Si oui, lesquels ?

Diabétique	Hypertension artérielle	Problème de coeur	Problème respiratoire
Problème de thyroïde	Autre		

Avez-vous déjà subi une intervention chirurgicale ?

Oui Non

Si oui, lesquelles ? (m'indiquer sur le mannequin)

Oui Non

Avez-vous des allergies ?

Oui Non

Si oui, lesquelles ?

Aspirine	Pénicilline	Iode	Poils, poussières, acariens	Autre
----------	-------------	------	-----------------------------	-------

EN 2. MEDICAL HISTORY, ALLERGIES, ADDICTIONS



Do you have any medical issues ?

Yes No

If so, which ones

Diabetic	Hypertension	Heart problems	Respiratory problems
Thyroid problems	Others		

Have you ever had surgery ?

Yes No

If so, which ones ? (indicate me on the mannequin)

Yes No

Do you have allergies ?

Yes No

If so, which ones ?

Aspirin	Penicillin	Iodine	Hair, dust, mites	Others
---------	------------	--------	-------------------	--------

Fumez-vous ?

Oui | Non

Si oui, combien de cigarettes par jour ?

1 à 5 /jours | 5 à 10 /jours | Plus de 10 /jours

Buvez-vous de l'alcool régulièrement ?

Oui | Non

Si oui, buvez-vous

1 à 3 verres d'alcool par jour | 3 à 6 verres d'alcool par jour | Plus de 6 verres par jour

Consommez-vous une drogue ?

Oui | Non

Si oui, laquelle ?

Cannabis | Héroïne | Cocaine | Ecstasy | Amphétamine | LSD

Do you smoke ?

Yes | No

If so, how many cigarettes per day ?

1 to 5 / day | 5 to 10 / day | More than 10 / day

Do you drink alcohol regularly ?

Yes | No

If so, do you drink

1 to 3 glasses of alcohol per day | 3 to 6 glasses of alcohol per day | More than 6 glasses per day

Do you use a drug ?

Yes | No

If so, which one ?

Cannabis | Heroin | Cocaine | Ecstasy | Amphetamine | LSD

FR 3. TRAITEMENT MÉDICAMENTEUX



Avez-vous un traitement médicamenteux ?

Oui

Non

Si oui, lequel ?

EN 3. MEDICAL TREATMENT



Are you on medication ?

Yes

No

If so, which one ?

FR

4. PLAINTES



Avez-vous la sensation d'avoir froid ?

Oui

Non

Avez-vous la sensation d'avoir chaud ?

Oui

Non

Avez-vous des bouffées de chaleur ?

Oui

Non

Toussez-vous ?

Oui

Non

Si oui, comment est votre toux ?

Grasse

Sèche

Crachez-vous ?

Oui

Non

EN

4. COMPLAINTS



Do you feel cold ?

Yes

No

Do you feel hot ?

Yes

No

Do you have hot flashes ?

Yes

No

Are you coughing ?

Yes

No

If so, how is your cough ?

Wet cough

Dry cough

Do you spit ?

Yes

No

Si oui, comment sont vos crachats ?

Glaireux	Mousseux	Sanguinolents
----------	----------	---------------

Êtes-vous essoufflé lors d'un effort ?

Oui	Non
-----	-----

Êtes-vous essoufflé lorsque vous êtes au repos ?

Oui	Non
-----	-----

Avez-vous de l'oxygène à la maison ?

Oui	Non
-----	-----

Si oui, combien de litres d'oxygène avez-vous ?

Avez-vous des nausées ou des vomissements ?

Oui	Non
-----	-----

Faites-vous de l'apnée du sommeil ?

Oui	Non
-----	-----

Si oui, dormez-vous avec un appareillage ?

Oui	Non
-----	-----

Si oui, y a-t-il de l'oxygène sur l'appareillage ?

Oui	Non
-----	-----

If so, how is your sputum ?

Mucous	Sparkling	Bloody
--------	-----------	--------

Are you short on breath when exercising ?

Yes	No
-----	----

Are you short on breath when you are at rest ?

Yes	No
-----	----

Do you have oxygen at home ?

Yes	No
-----	----

If so, how many liters of oxygen do you have ?

Do you have nausea or vomiting ?

Yes	No
-----	----

Do you have sleep apnea ?

Yes	No
-----	----

If so, do you sleep with an appliance ?

Yes	No
-----	----

If so, is there oxygen on the apparatus ?

Yes	No
-----	----

FR 5. DOULEURS



Avez-vous des douleurs ?

Oui | Non

Où avez-vous mal ? (veuillez me montrer sur vous-même où, sur le mannequin, page suivante)

Quelle est l'intensité ? (veuillez utiliser l'échelle de la douleur)



Quand avez-vous mal ?

Tout le temps | À la mobilisation | À la respiration

EN 5. PAINS

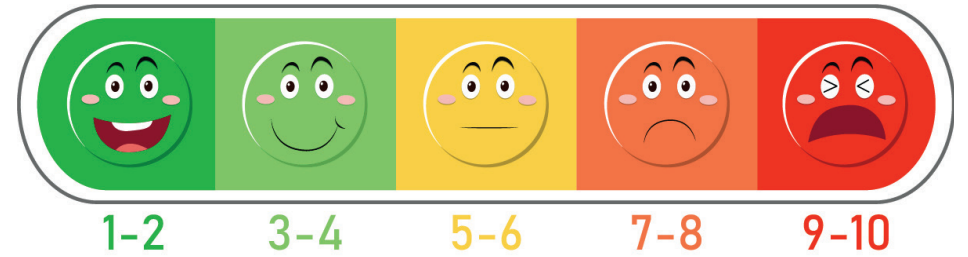


Do you have pain ?

Yes | No

Where are you hurting ? (please show me on yourself where, on the mannequin, next page)

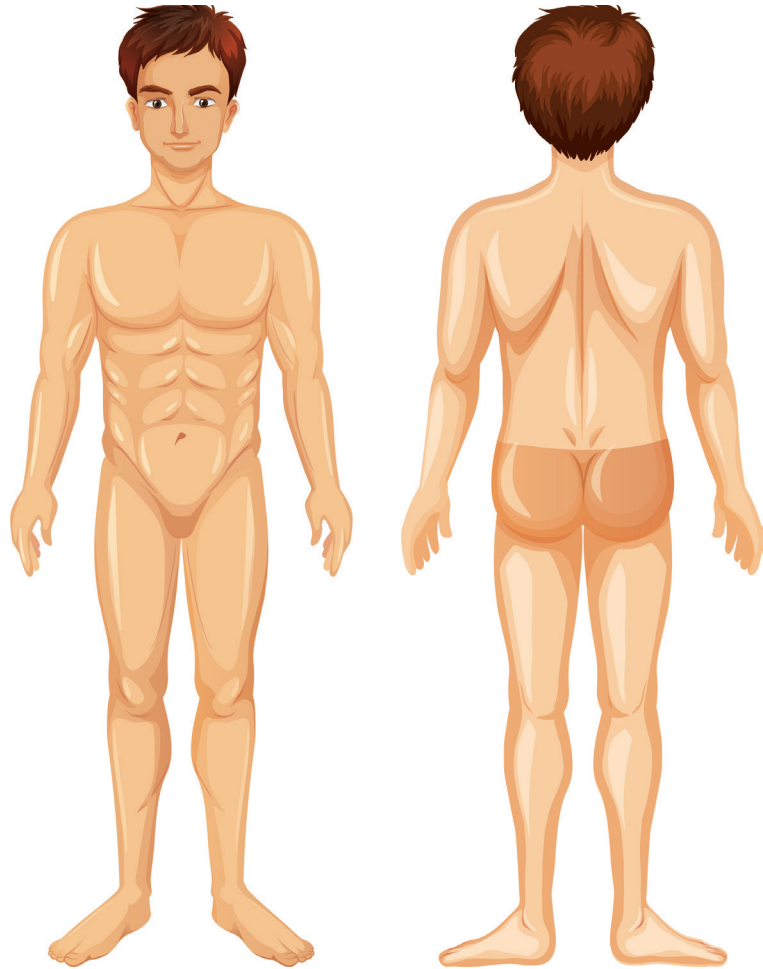
What is the intensity ? (please use pain scale)



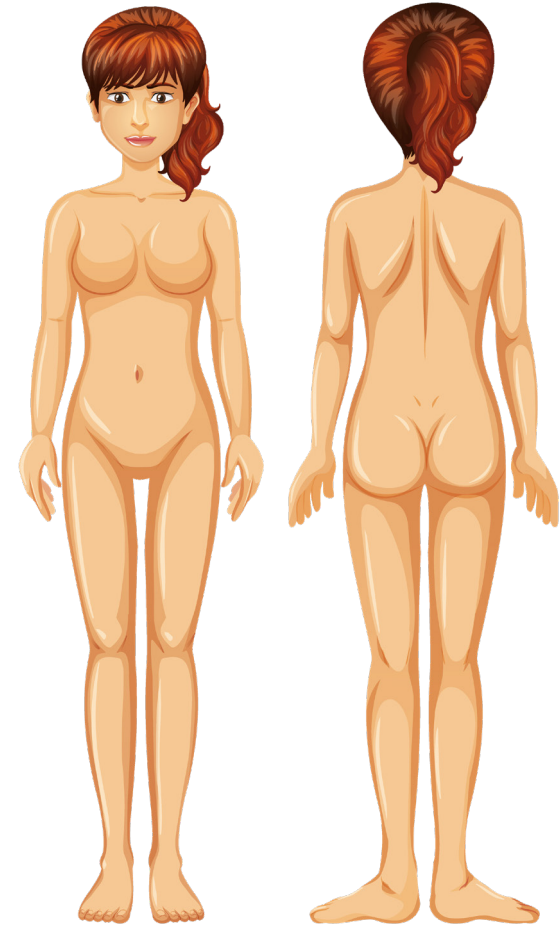
When does it hurt ?

All the time | Upon movement | When you breath

6. THE MAN HUMAN BODY



7. THE WOMEN HUMAN BODY



FR 8. RÉGIME ALIMENTAIRE



Êtes-vous à jeun ?

Oui Non

Si oui, depuis quand ?

Avez-vous un régime alimentaire ?

Oui Non

Si oui, quel est le type de régime alimentaire ?

Sans sucre	Sans sel	Sans porc
Sans viande	Sans gluten	Sans lactose
Autre :		

Quel est votre poids ?

Quelle est votre taille ?

EN 8. DIET



Are you fasting ?

Yes No

If so, since when ?

Do you follow a diet ?

Yes No

If so, which kind of diet ?

Suger free	Without salt	Without pork
Without meat	Without gluten	Lactos free
Other :		

What is your weight ?

What is your height?

FR 9. TRANSIT, CONTINENCE



Avez-vous des difficultés à uriner ?

Oui Non

Avez-vous une incontinence urinaire ?

Oui Non

Avez-vous des flatulences (gaz) ?

Oui Non

Êtes-vous constipé ?

Oui Non

Avez-vous des selles liquides ?

Oui Non

Avez-vous une incontinence fécale ?

Oui Non

EN 9. TRANSIT, CONTINENCE



Do you have difficulty urinating ?

Yes No

Do you have urinary incontinence ?

Yes No

Do you have flatulence (gas) ?

Yes No

Are you constipated ?

Yes No

Do you have liquid stools ?

Yes No

Do you have fecal incontinence ?

Yes No

FR 10. RISQUE DE CHUTE



Comment vous mobilisez-vous ?

Seul	Avec l'aide d'une personne	Avec une tribune / déambulateur	Avec une canne
Avec des béquilles	En fauteuil roulant	Je ne marche plus	

Où habitez-vous ?

Dans une maison	Dans un appartement	Dans une maison de repos
Autre :		

Y a-t-il des escaliers ?

Oui	Non
-----	-----

EN 10. RISK OF FALLING



How do you mobilize yourself ?

Alone	With someone's help	With a walker	With a can
Using crutches	Using a wheelchair	I can't walk	

Where do you live ?

In a house	In a apartment	In a rest house
Other :		

Are there stairs?

Yes	No
-----	----

FR 11. AUTONOMIE / DÉPENDANCE



Êtes-vous...

...droitier ? | ...gaucher ? | ...ambidextre (les deux) ?

Avez-vous besoin d'aide pour vous habiller ?

Oui | Non

Avez-vous des vêtements de rechange ?

Oui | Non

Avez-vous besoin d'aide pour votre toilette ?

Oui | Non

Voulez-vous une aide pour laver votre dos et vos pieds ?

Oui | Non

Avez-vous besoin d'aide pour vous essuyer ?

Oui | Non

Avez-vous besoin d'aide pour vous alimenter ou faire vos tartines ?

Oui | Non

EN 11. AUTONOMY / DEPENDENCE



Are you...

...right-handed ? | ...left-handed ? | ...ambidextrous (both) ?

Do you need help getting dressed ?

Yes | No

Do you have spare clothes ?

Yes | No

Do you need assistance to make your toilet ?

Yes | No

Do you need help washing your back and feet ?

Yes | No

Do you need help to wipe yourself ?

Yes | No

Do you need help feeding yourself or making your sandwiches ?

Yes | No

FR 12. LUNETTES ET PROTHÈSES



Êtes-vous porteur de lunettes de vue ?

Oui Non

Êtes-vous porteur d'appareils auditifs ?

Oui Non

Êtes-vous porteur de lentilles de contact ?

Oui Non

Avez-vous des prothèses dentaires ?

Oui Non

Si oui

Inférieures Supérieures

Êtes-vous porteur d'une autre prothèse ?

Oui Non

Si oui, laquelle ?

EN 12. GLASSES AND PROSTHESIS



Do you wear glasses ?

Yes No

Do you wear hearing aids ?

Yes No

Are you a contact lens wearer ?

Yes No

Do you have dental prosthesis ?

Yes No

If so

Lower Superior

Do you have another prosthesis?

Yes No

If so, which one ?

FR 13. RELIGION/SPIRITUALITÉ



Êtes-vous croyant ?

Oui | Non

Si oui, quelle est votre religion ou philosophie ?

Catholique	Protestante	Orthodoxe	Musulmane (Islam)	Témoign de Jéhovah
Juive (Judaïsme)	Laique (Laïcité)	Bouddhiste	Hindouiste	

Si cela est nécessaire, acceptez-vous une transfusion sanguine (sang, plaquettes ou plasma ?)

Oui | Non

Souhaitez-vous faire appel au service d'accompagnement spirituel de l'hôpital pour vous écouter et vous soutenir pendant votre séjour ?

Oui | Non

Désirez-vous le passage d'un représentant de votre religion ou philosophie ?

Oui | Non

EN 13. RELIGION / SPIRITUALITY



Are you a believer ?

Yes | No

If so, what is your religion or philosophy ?

Catholic	Protestant	Orthodox	Muslim (Islam)	Jehovah's Witness
Jewish (Judaism)	Secular (Secularism)	Buddhist	Hindu	

If necessary, do you accept a blood transfusion (blood, platelets or plasma) ?

Yes | No

Would you like to call on the spiritual support service of the hospital to listen to you and support you during your stay ?

Yes | No

Would you like the presence of a representative of your religion or philosophy ?

Yes | No



**GRUPE
JOLIMONT**

Siège social

• Rue Ferrer 159
7100 Haïne-Saint-Paul



www.jolimont.be

Hôpital de Jolimont

• La Louvière
☎ +32 64 23 30 11

Hôpital de Tubize

• Tubize
☎ +32 2 391 01 30

Hôpital de Lobbes

• Lobbes
☎ +32 71 59 92 11

Hôpital de Nivelles

• Nivelles
☎ +32 67 88 52 11

Hôpital de Mons

• Mons
☎ +32 65 38 55 11

Hôpital de Warquignies

• Boussu
☎ +32 65 38 55 11
