

# +HELORA

CENTRES HOSPITALIERS UNIVERSITAIRES

## 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 .....	<b>4</b>
Medical history, allergies, addictions .....	<b>6</b>
Medical treatment .....	<b>10</b>
Complaints .....	<b>12</b>
Pains .....	<b>16</b>
The woman human body .....	<b>18</b>
The man human body .....	<b>19</b>
Diet .....	<b>20</b>
Transit, continence .....	<b>22</b>
Risk of falling .....	<b>24</b>
Autonomy / dependence .....	<b>26</b>
Glasses and prosthesis .....	<b>28</b>
Religion .....	<b>30</b>

# 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 ?

.....

# 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?

.....

## 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 page 18)

Avez-vous des allergies ?

Oui

Non

Si oui, lesquelles ?

Aspirine	Pénicilline	Iode
Poils, poussières, acariens		Autre

## 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 it on the mannequin page [18](#))

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 /jour	5 à 10 /jour	Plus de 10 /jour
-------------	--------------	------------------

Buvez-vous de l'alcool régulièrement ?

Oui

Non

Si oui, buvez-vous

1 à 3 verres d'alcool / jour	3 à 6 verres d'alcool / jour	Plus de 6 verres d'alcool /jour
---------------------------------	---------------------------------	------------------------------------

Consommez-vous une drogue ?

Oui

Non

Si oui, lesquelles ?

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
Ectasy	Amphetamine	LCD

### 3. TRAITEMENT MÉDICAMENTEUX



Avez-vous un traitement médicamenteux ?

Oui

Non

Si oui, lequel ?

.....

.....

## 3. MEDICAL TREATMENT



Are you on medication ?

Yes

No

If so, which one ?

.....

.....



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 ?



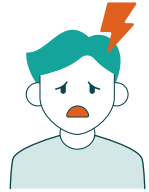
Oui



Non

Si oui, comment sont vos crachats ?

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



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

If so, how is your sputum ?

Mucous

Sparkling

Bloody



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



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



Avez-vous des douleurs ?



Oui

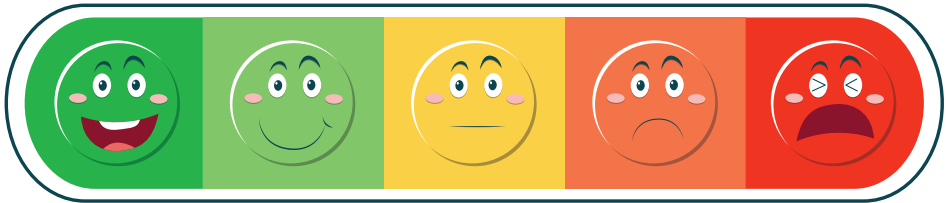


Non

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)



1-2

3-4

5-6

7-8

9-10

Quand avez-vous mal ?

Tout le temps

À la mobilisation

À la respiration



Do you have pain ?



Yes

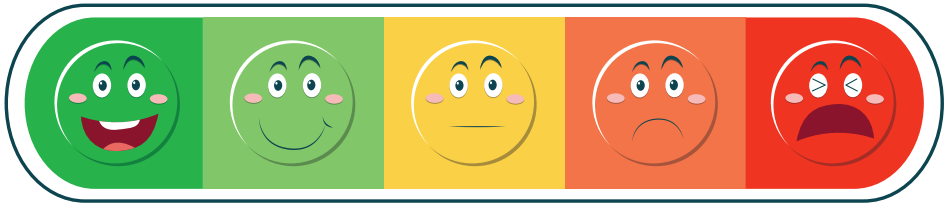


No

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

.....

What is the intensity ? (please use pain scale)



1-2

3-4

5-6

7-8

9-10

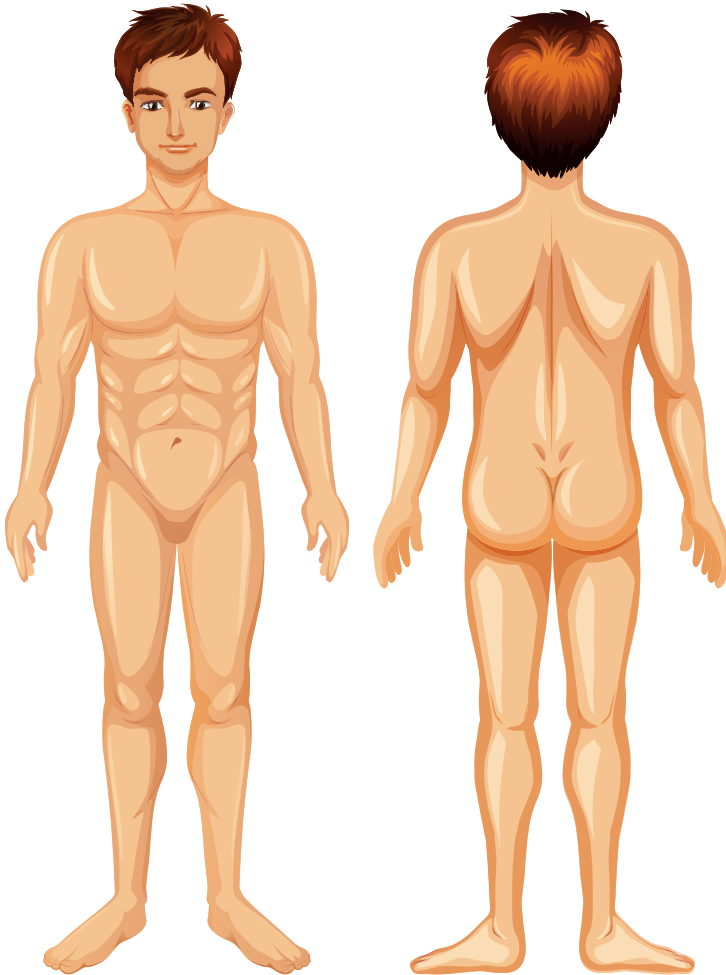
When does it hurt ?

All the time

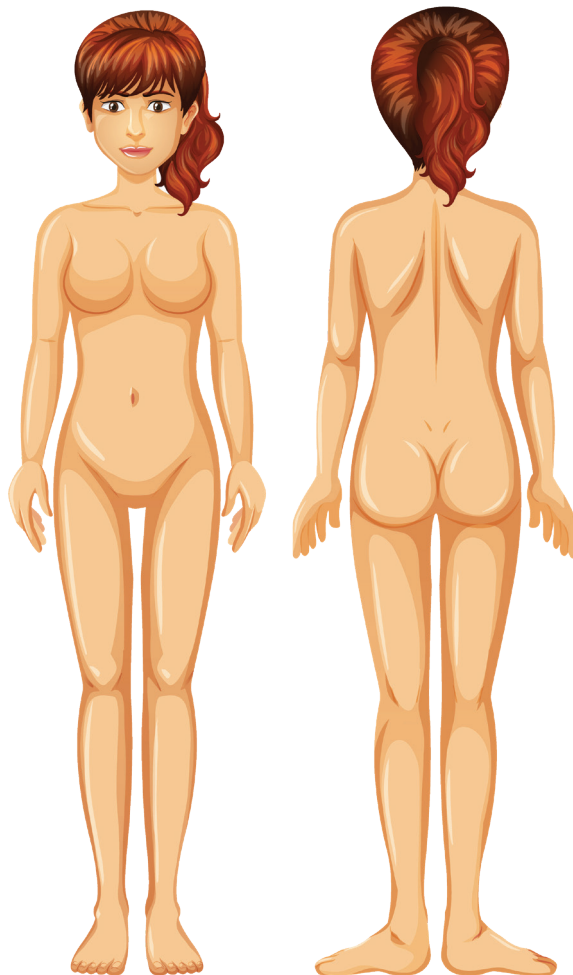
Upon movement

When you breath

## 6. THE MAN HUMAN BODY



## 7. THE WOMEN HUMAN BODY





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 ?

.....



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?

.....



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



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
Autre :		

Are there stairs ?



Yes



No



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



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



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 ?

.....



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
-------	----------

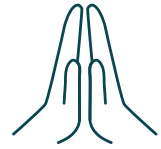
Do you have another prosthesis ?

Yes

No

If so, which one ?

.....



Êtes-vous croyant ?

Oui

Non

Si oui, quelle est votre religion ou philosophie ?

Catholique	Protestante	Orthodoxe	Musulmane (Islam)	Témoin de Jéhovah
Juive (Judaïsme)	Laïque (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 ?

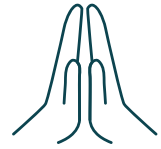
Oui

Non

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

Oui

Non



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



Facebook  
**CHU Helora - Jolimont & Lobbes**



Facebook  
**CHU Helora - Nivelles & Tubize**



Facebook  
**CHU Helora - Mons & Warquignies**