

HIELORA

CENTRES HOSPITALIERS UNIVERSITAIRES

LIVRET DE LA COMMUNICATION

NÉERLANDAIS - NEDERLANDS



INTRODUCTIE

Beste **medewerkers**,

In dit boekje vindt u een reeks praktische vragen voor de communicatie met patiënten.

Om de taalbarriere te overwinnen, kunt u met deze ondersteuning uitwisselen,

begrijpen, beoordelen en diagnosticeren zonder dat taal een obstakel is.



Beste **patiënten**,

In dit boekje vindt u een reeks vragen/antwoorden om uw communicatie met het verplegend personeel te vergemakkelijken.

U kunt erop vertrouwen dat het personeel er alles aan zal doen om u kwaliteitsvolle zorgen te garanderen, zonder onderscheid naar ras, geslacht en wat uw religieuze of filosofische overtuigingen ook zijn.

INHOUDSTAFEL

Identiteit, familie, contactnummer	4
Medische geschiedenis, allergieën, verslavingen	6
Behandeling met geneesmiddelen	10
Klachten	12
Pijn	16
Het menselijk lichaam vrouw	18
Het menselijk lichaam man	19
Dieet	20
Stoelgang, continëntie	22
Risico op vallen	24
Autonomie / afhankelijkheid	26
Bril en prothese	28
Religie	30

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



Kunt u mij uw naam, voornaam en geboortedatum zeggen ?

.....

Bevestigt u dat de gegevens op uw identiteitsarmband correct zijn ?



Heeft u een referentiepersoon die Frans spreekt ?



Zo ja, kunt u mij zijn naam, voornaam, graad van verwantschap en telefoonnummer geven ?

.....

Heeft u een vertrouwenspersoon met wie wij contact kunnen opnemen indien nodig ?



Zo ja, kunt u mij zijn naam, voornaam, graad van verwantschap en telefoonnummer geven ?

.....

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. MEDISCHE GESCHIEDENIS, ALLERGIËN, VERSLAVINGEN



Heeft u medische problemen ?



Ja



Nee

Zo ja, welke ?

Suikerziekte	Hoge bloeddruk	Hartkwaal
Ademhalingsprobleem	Schildklierandoening	Andere

Bent u ooit geopereerd ?



Ja



Nee

Zo ja, waarom ? (toon mij op het model 18)

Heeft u allergieën ?



Ja



Nee

Zo ja, welke ?

Aspirine	Penicilline	Iode
Haar, stof, mijten		Andere



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



Rookt u ?



Ja



Nee

Zo ja, hoeveel sigaretten per dag ?

1 tot 5/dag	5 tot 10/dag	Meer dan 10/dag
-------------	--------------	-----------------

Drinkt u regelmatig alcohol ?



Ja



Nee

Zo ja, drinkt u ?

1 tot 3 glazen/dag	3 tot 6 glazen/dag	Meer dan 6 glazen/dag
--------------------	--------------------	-----------------------

Gebruikt u een drug ?



Ja



Nee

Zo ja, welke ?

Cannabis	Heroïne	Cocaïne
Ecstasy	Amfetamine	LSD

3. TRAITEMENT MÉDICAMENTEUX



Avez-vous un traitement médicamenteux ?



Oui



Non

Si oui, lequel ?

.....

.....

3. BEHANDELING MET GENEESMIDDELEN



Gebruikt u geneesmiddelen ?

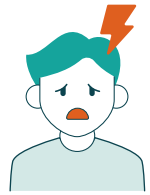


Yes



No

Zo ja, welke ?



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



Hebt u het gevoel dat u het koud heeft ?



Ja



Nee

Hebt u het gevoel dat u het warm heeft ?



Ja



Nee

Hebt u opvliegers ?



Ja



Nee

Hoest u ?



Ja



Nee

Zo ja, hoe is uw hoest ?

Vettig	Droog
--------	-------

Spuugt u?



Ja



Nee

Zo ja, hoe is uw spuug ?

Slijmig	Schuimig	Bloederig
---------	----------	-----------



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



Bent u buiten adem bij een inspanning ?



Ja



Nee

Bent u kortademig als u in rust bent ?



Ja



Nee

Heeft u zuurstof in huis ?



Ja



Nee

Zo ja, hoeveel liter zuurstof heeft u ?

Heeft u last van misselijkheid of braken ?



Ja



Nee

Heeft u slaapapneu ?



Ja



Nee

Zo ja, slaapt u met een toestel ?



Ja



Nee

Zo ja, is het een toestel met zuurstof ?



Ja



Nee



Avez-vous des douleurs ?



Oui

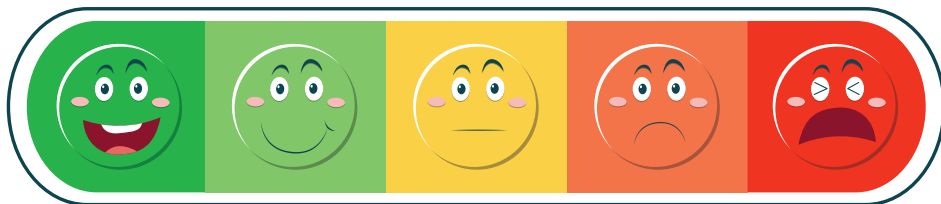


Non

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



Heeft u pijn ?



Ja

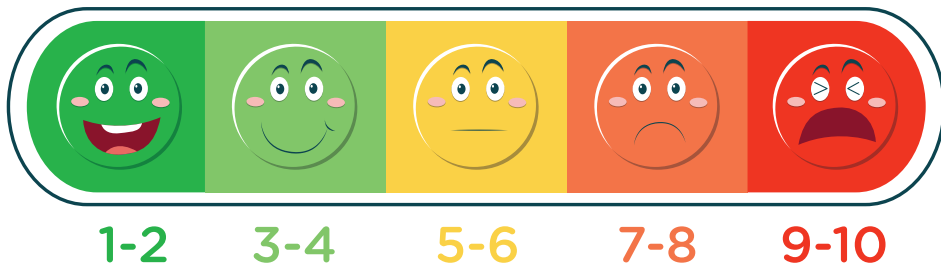


Nee

Waar heeft u pijn ? (laat me op uzelf zien of op het model, volgende pagina)

.....

Wat is de intensiteit ? (gebruik de pijnschaal)



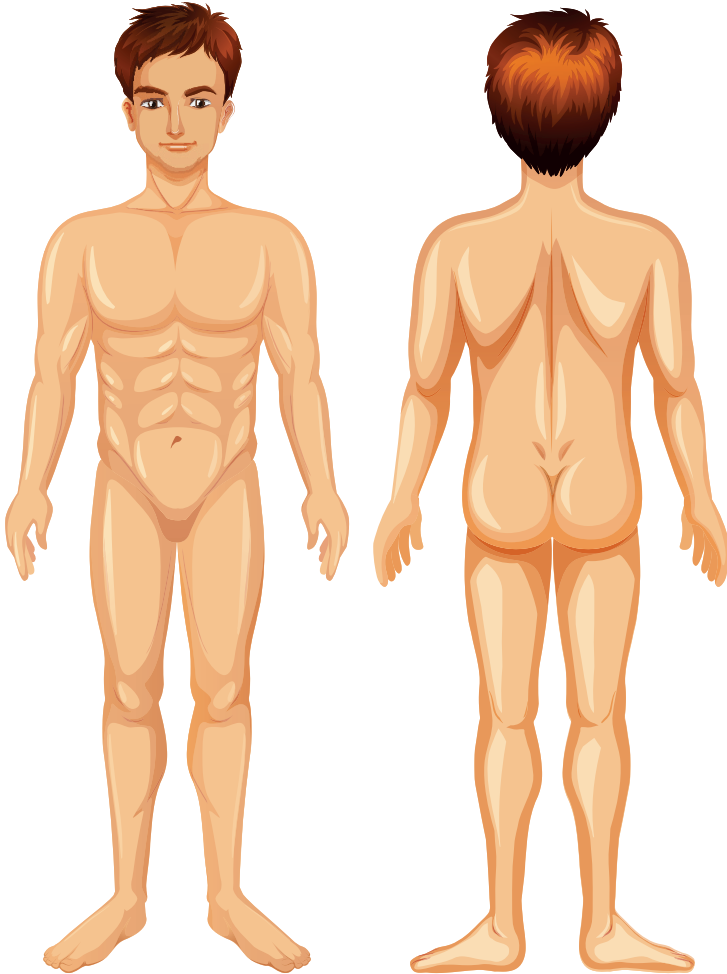
Wanneer heeft u pijn ?

Altijd

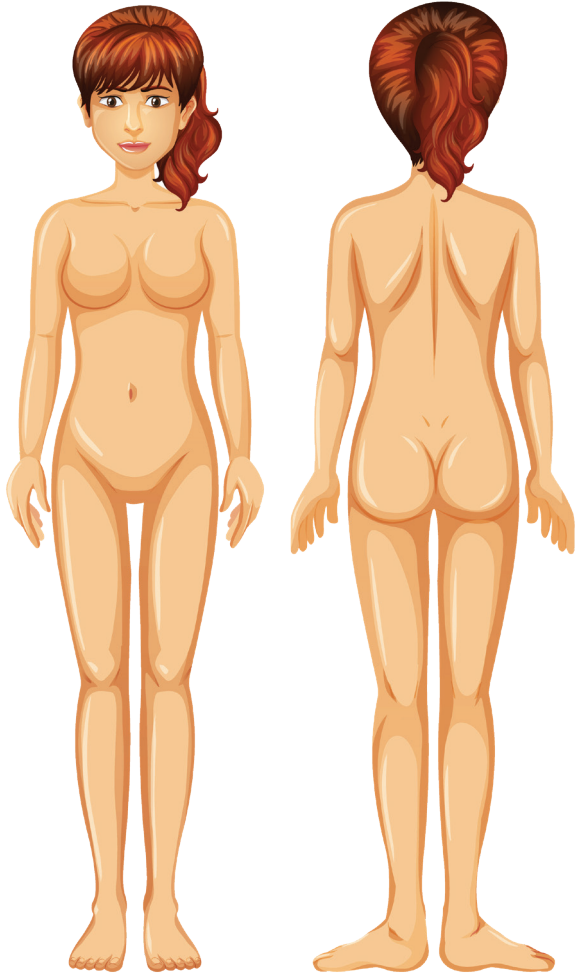
Bij de actie

Bij het ademen

6. HET MENSELIJK LICHAAM MAN



7. HET MENSELIJK LICHAAM VROUW





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 ?

.....



Bent u nuchter ?



Ja



Nee

Zo ja, sinds wanneer ?

.....

Volgt u een dieet ?



Ja



Nee

Zo ja, welk type dieet ?

Zonder suiker	Zonder zout	Zonder varkensvlees
Zonder vlees	Zonder gluten	Zonder lactose
Andere :		

Hoeveel weegt u ?

.....

Hoe groot bent u ?

.....



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



Heeft u moeite met plassen ?



Ja



Nee

Heeft u urine-incontinentie ?



Ja



Nee

Heeft u winderigheid (gas) ?



Ja



Nee

Bent u geconstipeerd ?



Ja



Nee

Heeft u vloeibare ontlasting ?



Ja



Nee

Heeft u ontlastingsincontinentie ?



Ja



Nee



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



Hoe verplaatst u zich ?

Alleen	Met de hulp van iemand	Met een rollator / looprek	Met een stok
Met een stok	In een rolstoel	Ik loop niet meer	

Waar woont u ?

In een huis	Op een appartement	In een rusthuis
Andere :		

Zijn er trappen ?



Ja



Nee



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 essayer ?



Oui



Non

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



Oui



Non

11. AUTONOMIE / AFHANKELIJKHEID



Bent u...

...rechtshandig ?

...linkshandig ?

...tweehandig (beide) ?

Heeft u hulp nodig bij het aankleden ?



Ja



Nee

Heeft u reservekleding ?



Ja



Nee

Heeft u hulp nodig met uw toilet ?



Ja



Nee

Wilt u hulp bij het wassen van uw rug en voeten ?



Ja



Nee

Heeft u hulp nodig om uzelf af te drogen ?



Ja



Nee

Heeft u hulp nodig bij het eten of het maken van uw boterhammen ?



Ja



Nee



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 ?



Draagt u een bril ?



Ja



Nee

Draagt u een hoortoestel ?



Ja



Nee

Draagt u contactlenzen ?



Ja



Nee

Heeft u een kunstgebit ?



Ja



Nee

Zo ja ?

Onderaan

Bovenaan

Heeft u een andere prothese ?



Ja



Nee

Zo Ja, welke ?



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



Bent u gelovig ?



Ja



Nee

Zo ja, wat is uw religie of levensbeschouwing ?

Katholiek	Protestant	Orthodox	Moslim	Getuige van Jehova
Joods (Jodendom)	Seculier (Secularisme)	Boeddhistisch	Hindoe	

Aanvaart u zo nodig een bloedtransfusie (bloed, bloedplaatjes of plasma ?)



Ja



Nee

Wilt u een beroep doen op de spirituele begeleidingsdienst van het ziekenhuis om naar u te luisteren en u te ondersteunen tijdens uw verblijf ?



Ja



Nee

Wilt u dat er een vertegenwoordiger van uw religie of levensbeschouwing langskomt ?



Ja



Nee



Facebook
CHU Helora - Jolimont & Lobbes



Facebook
CHU Helora - Nivelles & Tubize



Facebook
CHU Helora - Mons & Warquignies