

+IELORA

CENTRES HOSPITALIERS UNIVERSITAIRES

LIVRET DE LA COMMUNICATION

ESPAGNOL - ESPAÑOL



INTRODUCCIÓN

Estimados **colaboradores**,

En este folleto encontrarán un conjunto de preguntas prácticas para comunicarse con los pacientes.

Para superar la barrera del idioma, este apoyo le permitirá intercambiar, comprender, evaluar y diagnosticar sin que el idioma sea un obstáculo.



Estimados **pacientes**,

En este folleto, encontrarán una serie de preguntas/respuestas para facilitar su comunicación con el personal de enfermería.

Tenga la seguridad de que el personal se esforzará al máximo para garantizarle una atención de calidad, sin distinción de raza, sexo y sin importar sus convicciones religiosas o filosóficas.

ÍNDICE

Identidad, familia, número de contacto	4
Antecedentes médicos, alergias, adicciones	6
Tratamientos farmacológicos	10
Quejas	12
Dolores	16
El cuerpo humano masculino	18
El cuerpo humano femenino	19
Regimen alimentario	20
Transito, continencia	22
Riesgo de caída	24
Autonomía / Dependencia	26
Lentes (gafas) y prótesis	28
Religión / Espiritualidad	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. IDENTIDAD, FAMILIA, NÚMERO DE CONTACTO



¿Cuál es su apellido, nombre y fecha de nacimiento?

.....

¿Confirma que los datos escritos en su pulsera de identidad son exactos?



Si



No

¿Tiene una persona de referencia quien habla francés?



Si



No

¿Si sí, me puede dar su apellido, nombre, vínculo familiar y número de teléfono?

.....

¿Tiene una persona de confianza que podríamos contactar en caso de necesidad?



Si



No

¿Si sí, me puede dar su apellido, nombre, vínculo familiar y número de teléfono?

.....

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. ANTECEDENTES MEDICALES, ALERGIAS, ADICCIONES



¿Tiene problemas médicos?



Si



No

Si sí, ¿Cuáles?

Diabetes	Hipertensión arterial	Problema cardiaco
Problema respiratorio	Problema de tiroides	Otro

¿Ya ha tenido una intervención quirúrgica?



Si



No

Si sí, ¿cuál.es? (indicarla.s en el modelo) página 18)

¿Tiene alergias?



Si



No

Si sí, ¿cual.es?

Aspirina	Penicilina	Yodo
Pelos, polvo, ácaros		Otra



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



¿Fuma?



Si



No

Si sí, ¿Cuántos cigarros por día?

1 a 5 /día	5 a 10 /día	Más de 10 /día
------------	-------------	----------------

¿Bebe alcohol seguido?



Si



No

Si sí, ¿Cuánto?

1 a 3 vasos de alcohol por día	3 a 6 vasos de alcohol por día	Más de 6 vasos de alcohol por día
--------------------------------	--------------------------------	-----------------------------------

¿Consume drogas?



Si



No

Si sí, ¿cual.es?

Cannabis	Heroína	Cocaína
Éxtasis	Amphetaminas	LSD

3. TRAITEMENT MÉDICAMENTEUX



Avez-vous un traitement médicamenteux ?



Oui



Non

Si oui, lequel ?

.....

.....

3. TRATAMIENTOS FARMACOLÓGICOS



¿Toma medicinas?



Si

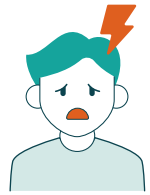


No

Si sí, ¿cuáles?

.....

.....



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



¿Tiene la sensación de tener frío?



Si



No

¿Tiene la sensación de tener calor?



Si



No

¿Tiene sofocos?



Si



No

¿Tose?



Si



No

Si sí, ¿cómo es su tos?

Grasa	Seca
-------	------

¿Escupe?



Si



No

Si es así, ¿cómo está su esputo?

Mucosos	Espumoso	Sanguinolentos
---------	----------	----------------



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



¿Se siente que se queda sin aliento después de un esfuerzo?



Si



No

¿Se siente que se queda sin aliento en reposo?



Si



No

¿Tiene oxígeno en la casa?



Si



No

Si sí, ¿cuántos litros de oxígeno tiene?

¿Tiene náuseas o vómito?



Si



No

¿Tiene apnea del sueño?



Si



No

Si sí, ¿duerme con un aparato?



Si



No

Si sí, ¿hay oxígeno en el aparato?



Si



No



Avez-vous des douleurs ?



Oui

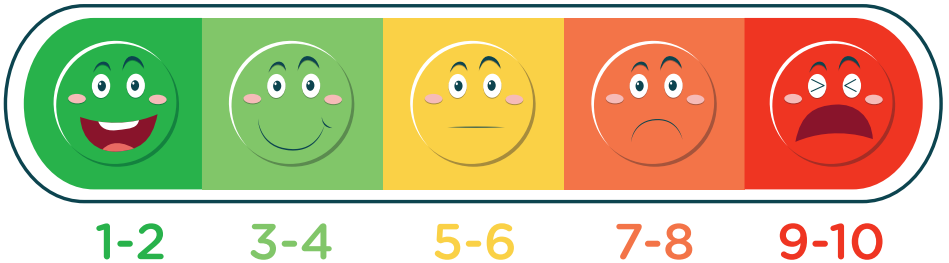


Non

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)



Quand avez-vous mal ?

Tout le temps

À la mobilisation

À la respiration



¿Tiene dolores?



Si

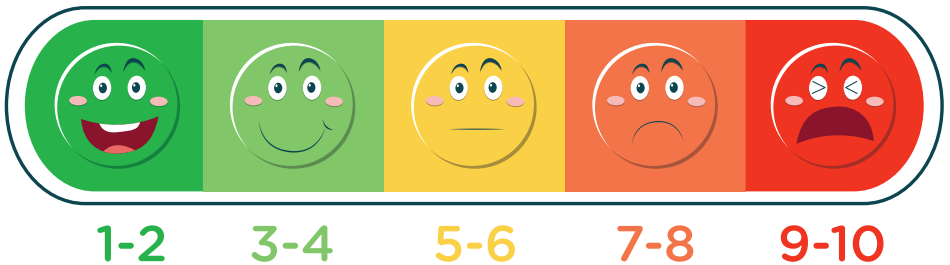


No

¿Dónde? (por favor, enséñeme la parte del cuerpo que le duele en la imagen de la página siguiente)

.....

¿Cuál es la intensidad de su dolor? (por favor, usa la escala de dolores)



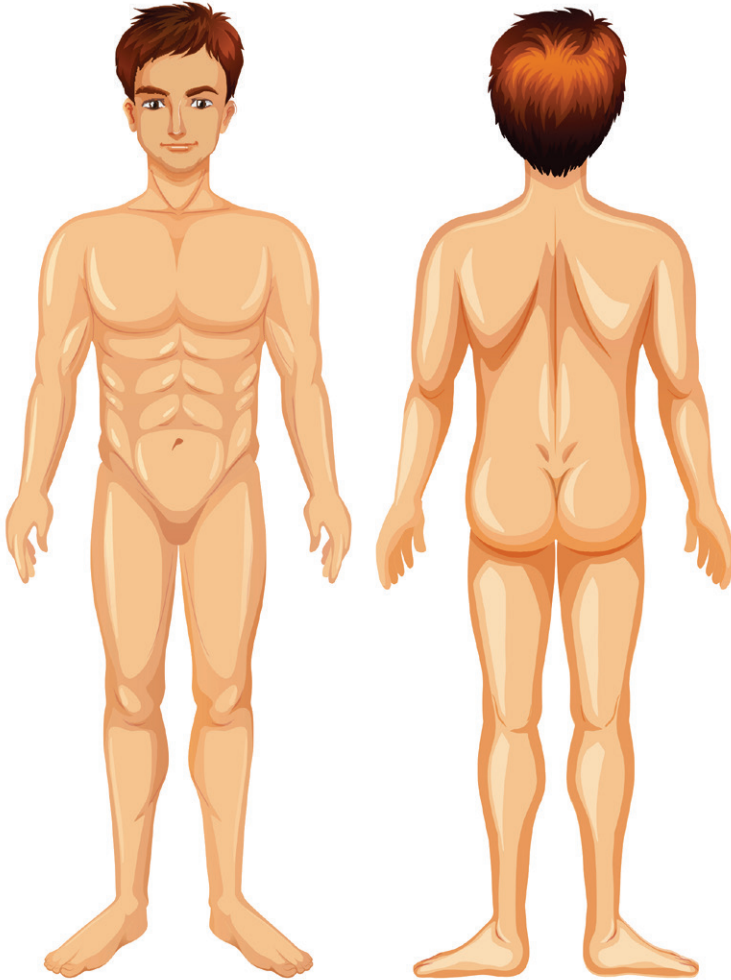
¿Cuándo le duele?

Todo el tiempo

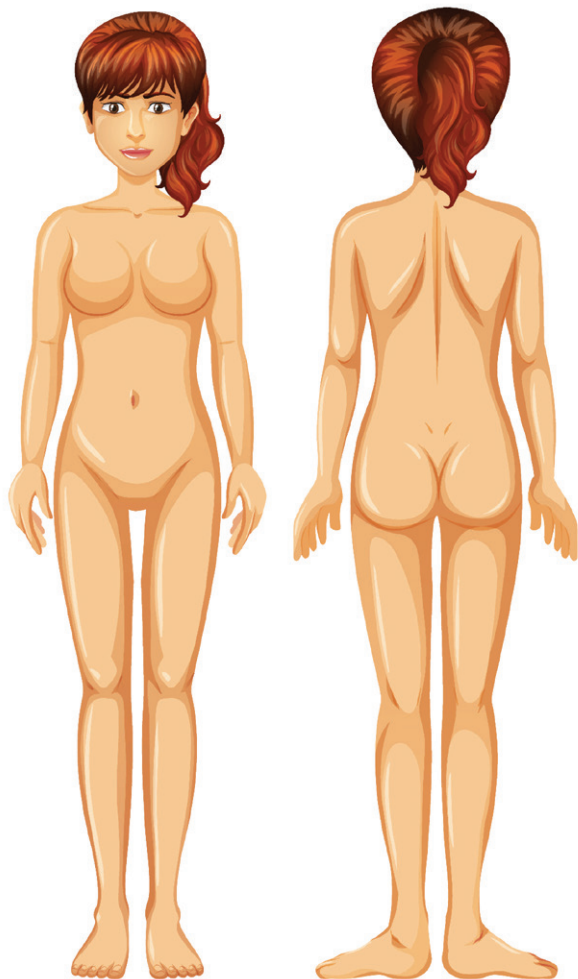
Cuando me muevo

Cuando respiro

6. EL CUERPO HUMANO MASCULINO



7. EL CUERPO HUMANO FEMENINO





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 ?

.....



¿Está en ayunas?



Si



No

Si sí, ¿desde cuándo?

.....

¿Tiene un régimen alimentario específico?



Si



No

Si sí, ¿cuál es?

Sin azúcar	Sin sal	Sin puerco
Sin carne	Sin gluten	Sin lactosa
Otro :		

¿Cuánto pesa?

.....

¿Cuánto mide de altura?

.....



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



¿Tiene dificultades para orinar?



Si



No

¿Sufre de incontinencia urinaria?



Si



No

¿Tiene flatulencia?



Si



No

¿Se siente estreñido?



Si



No

¿Sus heces son líquidas?



Si



No

¿Sufre de incontinencia fecal?



Si



No



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

ES 10. RIESGO DE CAÍDA



¿Cómo se moviliza?

Solo	Con la ayuda de alguien	Con un estrado	Con una caña
Con muletas	Con una silla de ruedas	Ya no camino	

¿Dónde vive?

En una casa	En un apartamento	En un asilo
Otro :		

¿Hay escaleras?



Si



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 essayer ?



Oui



Non

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



Oui



Non



¿Es...

...diestro?

...zurdo?

...ambidiestro?

¿Necesita ayuda para vestirse?



Si



No

¿Tiene ropa de recambio?



Si



No

¿Necesita ayuda para bañarse?



Si



No

¿Quiere ayuda para lavarse la espalda y los pies?



Si



No

¿Necesita ayuda para secarse?



Si



No

¿Necesita ayuda para alimentarse o prepararse un sándwich?



Si



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 ?

.....



¿Usa lentes/gafas de vista?



Si



No

¿Usa aparatos auditivos?



Si



No

¿Usa lentes de contacto?



Si



No

¿Tiene unas prótesis dentales?



Si



No

Si sí

Inferiores	Superiores
------------	------------

¿Tiene otro tipo de prótesis?



Si



No

Si sí, ¿cuál?

.....



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



¿Es creyente?



Si



No

Si sí, ¿cuál es su religión o filosofía?

Católica	Protestante	Ortodoxa	Musulmana (islam)	Testigo de Jehová
Judía (judaísmo)	Secular (laicidad)	Budista	Hinduista	

Si es necesario, ¿aceptaría una transfusión sanguínea (sangre, plaquetas, plasma)?



Si



No

¿Desea utilizar el servicio de atención espiritual del hospital para que le escuchen y le apoyen durante su estancia?



Si



No

¿Quiere que pase un representante de su religión o filosofía?



Si



No



Facebook
CHU Helora - Jolimont & Lobbes



Facebook
CHU Helora - Nivelles & Tubize



Facebook
CHU Helora - Mons & Warquignies