

HIELORA

CENTRES HOSPITALIERS UNIVERSITAIRES

LIVRET DE LA COMMUNICATION

TURC - TÜRKÇE



TANITIM

Sevgili **işbirlikçiler**,

Bu kitapçıkta, hastalarla iletişim kurmak için bir sürü pratik soru bulacaksınız.

Dil engelini aşmak için, bu destek dil engel teşkil etmeden değiş tokuş yapmanıza, anlamınıza, değerlendirmenize ve teşhis koymanıza yardım edecektir.



Sevgili **hastalarımız**,

Bu kitapçıkta, bakım personeli ile iletişiminizi kolaylaştırmak için bir sürü sorular bulacaksınız.

İrk, cinsiyet ve dini veya felsefi inancınız ne olursa olsun, ayırım olmadan size kaliteli bakım garanti etmek için elimizden gelen her şeyi yapacağımızdan emin olabilirsiniz.

ÖZET

Kimlik, aile, iletişim numarası	4
Tıbbi geçmiş, alerji, bağımlılık	6
Tıbbi tedavi	10
Şikayet	12
Ağrı	16
Kadın insan vücudu	18
Erkek insan vücudu	19
Diyet	20
Bağırsak geçişi, kontinans	22
Düşme riski	24
Özerklik / bağımlılık	26
Gözlük ve protez	28
Din	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. KİMLİK, AİLE, İLETİŞİM NUMARASI



Adını ve doğum tarihini söyler misiniz ?

.....

Kimlik bileziğinizdeki verilerin doğru olduğunu onaylayabilir misiniz ?

Evet

Hayır

Fransızca bilen bir referansınız var mı ?

Evet

Hayır

Eğer evetse, bana adını, soyadını ve aile bağımlılığı, telefon numarası verebilir misiniz ?

.....

İhtiyaç halinde iletişime geçebileceğimiz güvenilir bir kişi var mı ?

Evet

Hayır

Eğer evetse, bana adını, soyadını ve aile bağımlılığı, telefon numarası verebilir misiniz ?

.....

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

TR 2. TIBBİ GEÇMİŞ, ALERJİSİ, BAĞIMLILIK



Herhangi bir tıbbi sorunuz var mı ?



Evet



Hayır

Evet ise hangileri ?

Şeker hastası	Yüksek tansiyon	Kalp sorunu
Solunum problemi	Tiroit problemi	Diğer

Hiç ameliyat geçirdiniz mi ?



Evet



Hayır

Evet ise, hangileri ? (bunu mankenin 18. sayfasında belirtin)

Alerjiniz var mı ?



Evet



Hayır

Evet ise hangileri ?

Aspirin	Penisilin	lyot
Tüpler, toz, akarlar		Diğer



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



Sigara içer misiniz ?

Evet

Hayır

Evet ise, günde kaç sigara ?

Günde 1 ila 5	Günde 1 ila 10	10 günden fazla
---------------	----------------	-----------------

Düzenli olarak alkol alıyor musunuz ?

Evet

Hayır

Evet ise, ne kadar ?

Günde 1 ila 3 bardak alkol	Günde 3 ila 6 bardak alkol	Günde 6 bardaktan fazla
----------------------------	----------------------------	-------------------------

Uyuşturucu kullanıyor musunuz ?

Evet

Hayır

Evet ise hangisi ?

Uyuşturucu	Eroin	Kokain
Ecstasy	Amfetamin	L.S.D

3. TRAITEMENT MÉDICAMENTEUX



Avez-vous un traitement médicamenteux ?



Oui



Non

Si oui, lequel ?

.....

.....



İlaç kullanıyor musunuz ?



Evet

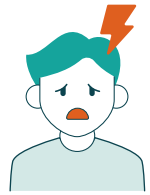


Hayır

Evet ise, hangileri ?

.....

.....



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 ?



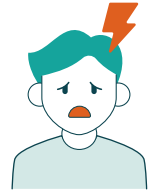
Oui



Non

Si oui, comment sont vos crachats ?

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



Üőüyor musunuz ?



Evet



Hayır

Sicak hissediyor musunuz ?



Evet



Hayır

Sicak basmasi var mi ?



Evet



Hayır

Öksürüyor musunuz ?



Evet



Hayır

Evet ise, öksürüy|ünüz nasıl ?

Balgam öksürük

Kuru öksürük

Tükürüyor musunuz ?



Evet



Hayır

Evet ise, tükürüğünüz nasıl ?

Balgamli

Köpüklü

Kanlı



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



Egzersiz yaparken nefesiniz kesiliyor mu ?

Evet

Hayır

Dinlenirken nefes darlığı çekiyor musunuz ?

Evet

Hayır

Evde oksijen var mı ?

Evet

Hayır

Cevabiniz evet ise, kaç litre oksijeniniz var ?

Mide bulantiniz veya kusmanız var mı ?

Evet

Hayır

Uyku apneniz var mı ?

Evet

Hayır

Evet ise, bir cihazla mi uyuyorsunuz ?

Evet

Hayır

Evet ise, cihazda oksijen var mı ?

Evet

Hayır



Avez-vous des douleurs ?



Oui

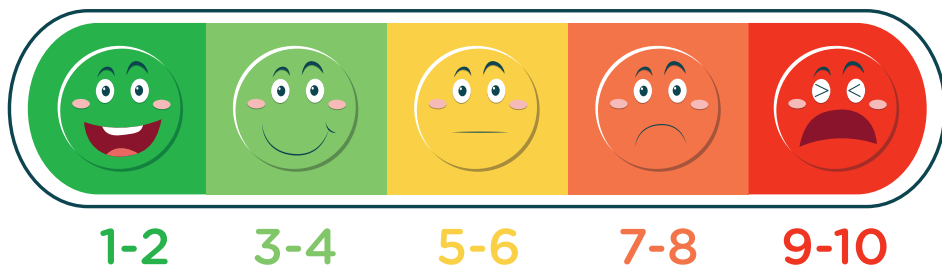


Non

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



Agriniz var mi ?



Evet



Hayır

Nerede ağrınız var ? (Lütfen üzerinizde veya mankenin üzerinde göstere bilirmisiniz) ?

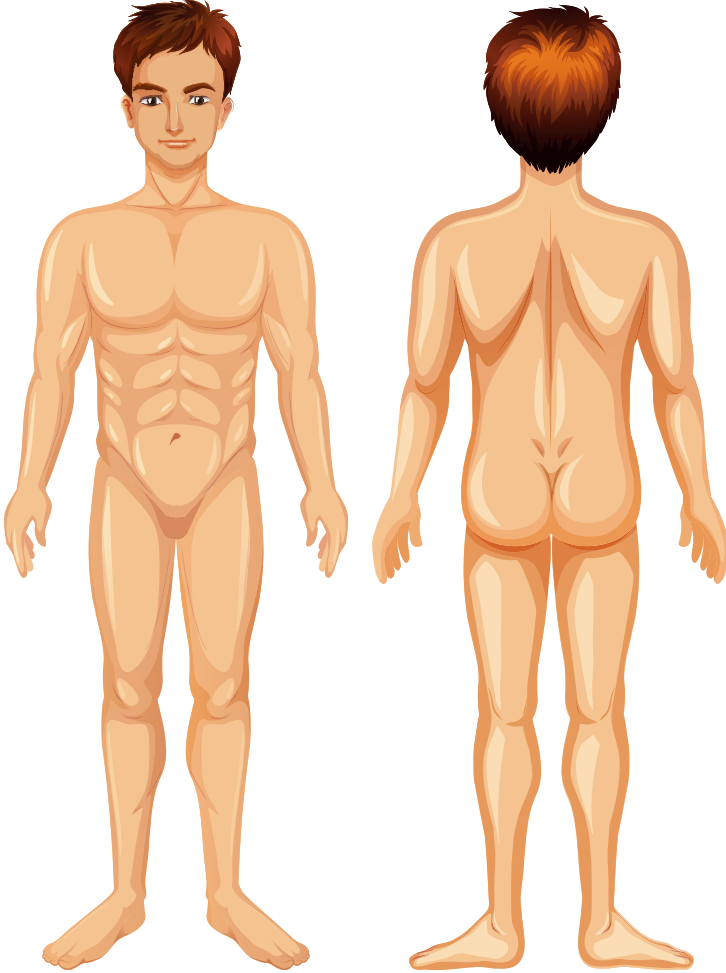
Ağrılarınız ne kadar yoğun ? (Lütfen ağrı ölçeğini kullanın)



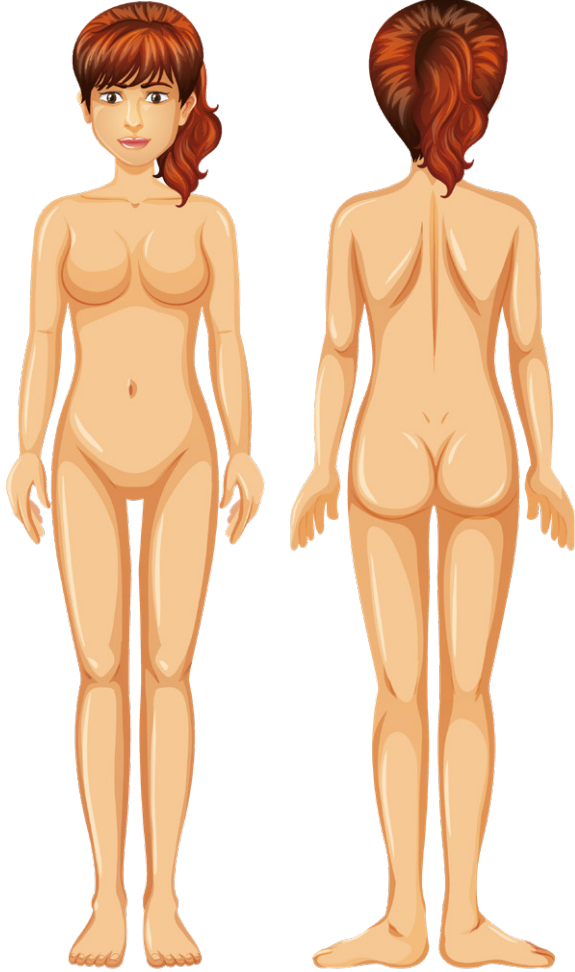
Ne zaman agriyor ?

Her zaman	Seferberlikte	Nefeste
-----------	---------------	---------

6. ERKEK INSAN VUCUDU



7. KADIN INSAN VUCUDU





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 ?

.....



Aç karnina misiniz ?



Evet



Hayır

Evet ise, ne zamandan beri ?

.....

Diyet yapıyor musunuz ?



Evet



Hayır

Evet ise, diyet türü nedir ?

Çekersiz	Tuzsuz	Domuz eti olmadan
Laktozsuz	Etsiz	Glütensiz
Diğerler :		

Kaç kilosunuz ?

.....

Boyunuz ne kadar ?

.....



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

9. BAĞIRSAK GEÇİŞİ, KONTİNANS



İdrar yaparken zorluk çekiyor musunuz ?



Evet



Hayır

İdrar kaçırma durumunuz var mı ?



Evet



Hayır

Şişkinliğiniz var mı ? (Gaz)



Evet



Hayır

Kabız mısınız ?



Evet



Hayır

Dışkıya çıktığınız zaman sıvı oluyor mu ?



Evet



Hayır

Büyük abdesinizde kaçırma var mı ?



Evet



Hayır



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



Kendinizi nasıl harekete geçirirsiniz ?

Yalnız	Bir kişinin yardımıyla	Gezici bir tribüne	Bastonla
Koltuk değneği	Tekerlekli sandalye	Artık yürümüyorum	

Nerede yaşıyorsunuz ?

Bir evde	Düz (apartiman)	Huzurevinde
Dişer :		

Are there stairs ?



Evet



Hayır



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



Hangi elinizi kullanıyorsunuz ?

...Sağ	...Sol	...ikisi birden
--------	--------	-----------------

Giyinmek için yardıma ihtiyacınız var mı ?

- Evet Hayır

Yedek kıyafetiniz var mı ?

- Evet Hayır

Tuvaletiniz için yardıma ihtiyacınız var mı ?

- Evet Hayır

Sırtınızı ve ayaklarınızı yıkamak için yardım ister misiniz ?

- Evet Hayır

Vücudunuzu silmek için yardıma ihtiyacınız var mı ?

- Evet Hayır

Yemek yemek için yada ekmek yapmak için yardıma ihtiyacınız varmı ?

- Evet Hayır



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 ?

.....



Gözlük kullanıyor musunuz ?



Evet



Hayır

İşitme cihazı takıyor musunuz ?



Evet



Hayır

Lens takıyor musunuz ?



Evet



Hayır

Takma dişiniz var mı ?



Evet



Hayır

Evet ise

Aşağı

Yukarı

Başka proteziniz var mı ?



Evet



Hayır

Evet ise, hangisi ?



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

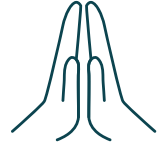
Désirez-vous le passage d'un représentant de votre religion ou philosophie ?



Oui



Non



Inançlı mısınız ?



Evet



Hayır

Evet ise, dininiz veya felsefeniz nedir ?

Katolik	Protestan	Ortodoks	Müslüman	Jehovah
Yahudi (Yahudilik)	Laik	Budist	Hindu	

Gerekirse kan naklini Kabul ediyor musunuz ? (Kan, plaket, plazma) ?



Evet



Hayır

Hastanenin manevi destek servislerini, kaldığınız süre boyunca sizi dinlemeye ve size destek olmaya çağırında bulunmak ister misiniz ?



Evet



Hayır

Dininizin veya felsefenizin bir temsilcisinin geçmesini ister misiniz ?



Evet



Hayır



Facebook
CHU Helora - Jolimont & Lobbes



Facebook
CHU Helora - Nivelles & Tubize



Facebook
CHU Helora - Mons & Warquignies