

**Bilan sanitaire d’orientation - Adulte**

***Zdravotní záznam - dospělí***

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
| Code du centre |  | N° d’ordre |
| *Kód centra* |  | *Č. sekvence* |

**N° dossier** :\_\_/\_\_/ -\_\_/\_\_/\_\_/ \_\_/\_\_/\_\_/

**Soubor č.**: Départ - 1ères lettres du centre|

*Začátek - První písmena centra*

***(Reporter ce numéro page suivante)***

***Opakujte toto číslo na následující straně***

**Madame / Monsieur :**

*Paní/pán*

**Nom** (majuscules): ……………………………………………………………………………………………………….

*Příjmení (velká písmena)*

**Prénom** (majuscules) **:** ………………………………………………………………………………………………….

*Jméno (velká písmena)*

**N° mobile** : ……………………………………………

*Telefonní číslo*

**Date de Naissance** :\_\_/\_\_/ **\_**\_/\_\_/ \_\_/\_\_/\_\_/\_\_/

*Datum narození*

Nom de l’infirmier(e) : \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

*Jméno zdravotní sestry/zdravotního bratra*

Nom du centre (ville/département) : \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

*Název zdravotního centra (město/oddělení)*

Date de réalisation du bilan : \_\_/\_\_/ **\_**\_/\_\_/ \_\_/\_\_/\_\_/\_\_/

*Datum zdravotního záznamu*

*Version du 08/06/2016*

*Version du 08/06/2016*

**A-Repères/ Základní informace**

**N° dossier** : \_\_/\_\_/ **\_**\_/\_\_/\_\_/ \_\_/\_\_/\_\_/ reporter*le N° inscrit en page de garde*

*Soubor č****.*** *opakujte číslo uvedené na první straně*.

**A1** Date de réalisation du bilan : \_\_/\_\_/ **\_**\_/\_\_/ \_\_/\_\_/\_\_/\_\_/

*Datum zdravotního záznamu*

**A1a**En quelle langue : **□** Français **□** Anglais **□** Arabe **□** Autre : \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

*V jakém jazyku Francouzština Angličtina Arabština Ostatní*

**A1b**Traduit par : \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

*přeloženo*

* **Informations pour les professionnels de santé : Voir en C7 les langues parlées par la personne**

***!!! Informace pro zdravotníky: vyhledejte jazyky, kterými osoba mluví v sekci C7***

**A2** Sexe **: □**F **□** H **A3** Année de naissance **:**\_\_/\_\_/\_\_/\_\_/

*pohlaví Ž М rok narození*

**A4** Pays de naissance : \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

*Země narození*

**A5** Quelle est la dernière classe que vous avez fréquentée à l’école ou à l’université ?

*Nejvyšší dosažené vzdělání?*

□ Aucune, n’a jamais été scolarisé □ Primaire/élémentaire □ Secondaire □ Supérieur

*Žádné, nikdy nevyučován/a primární / základní sekundární post-sekundární*

□ NVPR/*OO (*ne veut pas répondre)/ (*odmítá odpovědět*)

**B- Mesures physiques et biologiques/Fyzikální a biologická měření**

**B1** Poids : \_\_/\_\_/\_\_/ kg ***B1a* Si**notion de perte de poids***,*** Poids antérieur ? : \_\_/\_\_/\_\_/

* Váha* *Pokud existuje nedávný úbytek na váze, původní váha byla?*

Délai *:* \_\_/\_\_/ans *\_*\_/\_\_/mois

*Doba od úbytku váhy roky měsíce*

**B2** Taille : \_\_/\_\_/\_\_/ cm

*výška*

**B4** Pression artérielle (syst./diast.mm Hg) : \_\_/\_\_/\_\_/ / \_\_/\_\_/\_\_/

*Krevní tlak (syst./diast.mm Hg)*

**B7** Glycémie capillaire (hémoglucotest) : \_\_/, \_\_/ g/l

*Vyšetření kapilární krvácivosti*

* **Absolument indiquer B7b** Délai en heures après repas/collation :\_\_/\_\_/ H \_\_/\_\_/mn

*Uveďte* *čas od posledního jídla*

**Observations/Pozorování**

Accepte l'utilisation des données □

*Přijímá použití dat*

* *Noter ici si antécédent personnel ou familial de tuberculose, ou si contact, même ancien, avec une personne atteinte ou suspecte de tuberculose*
* *Uveďte prosím, pokud máte osobní nebo rodinné předešlé tuberkulózy nebo jste někdy měli kontakt (dokonce i bývalý) s tuberkulózou nebo případně infikovanou osobou*

1

*Version du 08/06/2016*

**C- Parcours migratoire, langues maîtrisées et entourage familial**

***Migrační cesta, mluvené jazyky a rodinné prostředí***

**Dates** : **C1** de départ du pays d’origine: \_\_/\_\_/ **\_**\_/\_\_/ \_\_/\_\_/\_\_/\_\_/□NVPR **□** NSPR

***Data*:** *odletu ze země původu odmítá odpovědět (OO)* neví

**C2** d’arrivée en France: \_\_/\_\_/ **\_**\_/\_\_/ \_\_/\_\_/\_\_/\_\_/ □NVPR **□** NSPR

*příjezdu do Francie OO* *neví*

**C3** d’arrivée dans le centre actuel: \_\_/\_\_/ **\_**\_/\_\_/ \_\_/\_\_/\_\_/\_\_/ □NVPR **□** NSPR

*příjezdu do součastného zdravotního centra OO neví*

**C4** Séjour dans d’autres pays: **!!! Ne pas indiquer le pays de naissance ni la France**

*Pobyt v jiných zemích:* ***!!! Nezahrnujte zemi narození nebo Francii***

1.…………………… 4……………………. 7……………………. 10……………………. 13…………………….

2……………………. 5……………………. 8……………………. 11……………………. 14…………………….

3……………………. 6……………………. 9……………………. 12……………………. 15…………………….

ou : □ NVPR ou □ Aucun séjour dans d’autres pays

*nebo* *OO* *nebo* *Žádné pobyty v jiných zemích*

**C5** A l’arrivée en France, type de lieu derésidence ?*Typ bydlení ve Francii?*

**!!! Différencier campement et rue, si plusieurs campements, indiquez tous les lieux.**

***!!! Rozlišit kemp a ulici; pokud existuje několik kempů, uveďte je všechny***

* Campement(s)/*Kemp(y)*

***Précisez*** *: lieu(x) (noms, départements)*\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

*Uveďte: místo (místa) (jména, oddělení)*

* Local (gymnase, école, lycée etc…)/ *Budova (tělocvična, škola, vysoká škola atd...)*
* Squat / *neoprávněné obývání (squatter)*
* Rue (métro, gare, jardin…)/ *Ulice (metro, zastávka, zahrada ...)*
* Foyers/Centres/*Domov/Sociální centrum*
* Autres/ *ostatní*\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

|  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- |
| **□** NVPR/*OO* **□** NSPR/ *NO*  **C7** Maîtrise du français parlé (*pour une consultation)* **: □** Oui **□** Non  *Dostatečná úroveň francouzštiny (pro konzultaci*) *ano* *ne* | | |  |  |
| **C8 Si non**, Maîtrise d’autres langues*dans les mêmes conditions :* **□**Oui | | | | **□** Non |
|  |  |  |  |  |

*Pokud tomu tak není, dostatečná úroveň jiného jazyka (pro konzultaci) ano Ne*

**C8a Si oui,** Laquelle/lesquelles : \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

***Pokud ano, jaký(é)***

2

*Version du 08/06/2016*

**C9** Etes-vous : **□** Marié **□** Célibataire **□** Veuf **□**Concubin □Séparé **□** Divorcé

*Jste: ženatý/vdaná svobodný/á vdovec/vdova v soužití v odloučení rozveden/a*

|  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- |
| **!!! Même si la personne est célibataire, la question suivante doit être posée.** | | |  |
| **!!! *I v případě svobodného člověka musí být následující otázka zodpovězena*.** | | |  |
| **C10** Etes-vous actuellement hébergé avec un(des) membre(s) de votre famille ?  *Žijete v současnosti s nějakým členem rodiny*? **□**Oui/*Ano* **□** Non/*Ne* | | | |
|  |  | | |
| **Si oui,** avec : **□** Votre conjoint **□** Vos enfants **□** Autres : \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_  *Pokud ano s* ? *manželem/manželkou Vašimi dětmi Ostatní* | | | |
|  |  |  | |
| **Si enfants,** combien sont avec vous : \_\_/ Ages : \_\_/\_\_/ \_\_/\_\_/ \_\_/\_\_/ \_\_/\_\_/ \_\_/\_\_/ | | | |
|  |  |  |  |

*Pokud s dětmi, kolik jich s vámi žije?* *Věk*

**D - Soutien social/** ***Social support***

|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
|  | En cas de besoin, est-ce que vous | | | | |  | **Si oui**, sur qui pouvez-vous compter ?***Pokud ano,*** *na koho se spolehnete?* | | | | | |  |  |  |
|  | pourriez compter sur quelqu’un, qu’il | | | | |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
|  | s’agisse de membres de votre famille, | | | | |  |  | Conjoint, | | Autres | | Amis, | | **Autres/**  ***ostatní*** | |
|  | d’amis, …. pour : | | **!!!Bien citer chaque** | | |  |  |
|  |  |  | Membres | |
|  |  |  | enfants/  *manžel(ka)/ děti* | | connaissances/  *přátelé, známí* | |  |  |
|  | **question*/*** *V případě potřeby, můžete se na někoho obrátit, pokud to je člen rodiny, kamarád....a další*  ***Prosíme, odpovězte na každou otázku*** | | | | |  |  | de famille/ *další členové rodiny* | |  |  |
|  |  |  |  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  | |  | |  |  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  | Oui/*ano* | Non/*ne* | | Oui/*ano* | | Non/  *ne* | Oui/*ano* | Non/*ne* | Oui/ *ano* | Non/ *ne* | Oui/ *ano* | Non/ *ne* |
|  | **D1** vous aider dans la vie | | |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
|  | quotidienne, vous donner un | | |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
|  | coup de main/  *pomáhají vám v každodenním životě, podají pomocnou ruku* | | |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
|  | **D2** vous aider financièrement | | |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
|  | ou matériellement/  *podporují vás finančně či materiálně* | | |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
|  | **D3** vous apporter un soutien | | |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
|  | moral ou affectif/  *podporují vás morálně či emocionálně* | | |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |

**Si « autres »**, préciser **:** \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

pokud ostatní, upřesněte:

**D4** D’une façon générale, vous diriez que vous vous sentez **(!!! Demander à la personne et ne pas cocher soi-même)/** *V obecném smyslu byste řekli, že se cítíte* ***(!!! Zeptejte se osoby, nevyplňujte sami*)**

**□**Très seul **□**Plutôt seul **□**Plutôt entouré **□**Très entouré **□** NSPR(ne sait pas répondre)

*Velmi osaměle Spíše osaměle Spíše obklopen/a Velmi obklopen/a neví*

**!!! Même si la personne est célibataire, la question suivante doit être posée.**

**!!! *I v případě svobodného člověka musí být následující otázka zodpovězena*.**

**D5** Avez-vous actuellement un(e) partenaire, un(e) petit(e) ami(e) en France ?/

*Máte v současné době partnera/partnerku (milostné) ve Francii?*

**□**Oui/*ano* **□** Non/*ne* **□** NVPR/*OO (odmítá odpovědět)*

3

*Version du 08/06/2016*

**E-Etats de santé*/******Zdravotní stav***

|  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- |
| **E1** Avez-vous eu besoin de soins depuis que vous êtes en France ? **□** Oui | | | **□** Non **□** NSPR |
| *Vyskytly se nějaké zdravotní problémy/potřeby od doby, kdy jste přijeli do Francie*? *Ano* | | | *Ne* *neví* |
| **E1aSi oui**, de quel type (plusieurs réponses possibles) : | | |  |
|  |  |  |  |

***Pokud ano, jaké? (více možných odpovědí****):*

* Psy **□** Médicaux **□** Dentaires **□** Infirmiers **□** Kiné **□** Autres : \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

*psych. zdravotní dentální ošetřovatelství kinezioterapie ostatní*

**E2** A quand remonte votre dernière visite chez un médecin (centre de soins) pour vous-même ? *Kdy jste naposledy navštívili lékaře/zdravotní středisko kvůli sobě?*

**□** Jamais **□** < 1 mois **□** 1-2 mois **□** 3-6 mois **□** 6-12 mois **□** 1-2 ans **□** > 2 ans

*Nikdy <1 měsíc 1-2 měsíce 3-6 měsíců 6-12 měsíců 1-2 roky> 2 roky*

* Ne sait plus / *nepamatuje si*

**E2a** Dans quel pays avez-vous eu cette visite ? \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

*V jaké zemi jste měli tuto návštěvu?*

**E3** Vous diriez que votre état de santé en ce moment est : **(!!! Demander à la personne et ne pas cocher soi-même)**

*Jak byste popsali svůj současný zdravotní stav:* ***(!!! Zeptejte se osoby a neoznačujte odpověď sami*)**

**□** Très bon **□** Bon **□** Moyen **□** Mauvais **□** Très mauvais **□** NVPR **□** NSPR

*Velmi dobrý Dobrý Průměr Špatný Velmi špatný OO neví*

**E4** Avez-vous un ou des problème(s) de **santé somatique(s)chronique(s)** ou de caractèredurable (*qui a duré ou peut durer pendant 6 mois ou plus*) **qu’il soit diagnostiqué ou non** ?

*Máte nějaký* ***somatický, chronický*** *nebo trvalý (který trval nebo může trvat déle než šest měsíců) zdravotní problém,* ***ať byl diagnostikován či nebyl****?*

* **Non !!! ne rien cocher pour les questions E4-E6, passer directement à E10**

***Ne!!! Nevyplňujte otázky E4-E6, přejděte přímo na E10***

* **Oui :** Le-lesquels ?/ ***Ano: Jaký(é)****?*

**E4 Problème 1** : \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

|  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| *Zdravotní problém 1*  Avez-vous un traitement ? **□** Oui | **□** Non | **Si oui**, lequel : \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ | | | |
| *Máte předepsanou léčbu*? *Ano* | *Ne* | ***Pokud ano. jakou?*** | | | |
|  | |  |  |  |  |
| Etes-vous en rupture de médicament ? **□** Oui | | **□** Non **Si oui,** depuis quand ? :\_\_\_\_\_\_\_\_\_ | | | |
|  |  |  |  |  |  |

*Přestali jste užívat předepsané léky? Ano Ne* ***Pokud ano****, od kdy?*

**E5 Problème 2** : \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

|  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| *Zdravotní problém 2*  Avez-vous un traitement ? **□** Oui | **□** Non | **Si oui**, lequel : \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ | | | |
| *Máte předepsanou léčbu*? *Ano* | *Ne* | ***Pokud ano. jakou?*** | | | |
|  | |  |  |  |  |
| Etes-vous en rupture de médicament ? **□** Oui | | **□** Non **Si oui,** depuis quand ? :\_\_\_\_\_\_\_\_\_ | | | |
|  |  |  |  |  |  |

*Přestali jste užívat předepsané léky? Ano Ne* ***Pokud ano****, od kdy?*

|  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| **E6 Problème 3**Zdravotní problém 3:  Avez-vous un traitement ? **□** Oui | **□** Non | **Si oui**, lequel : \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ | | | |
| *Máte předepsanou léčbu*? *Ano* | *Ne* | ***Pokud ano. jakou?*** | | | |
|  | |  |  |  |  |
| Etes-vous en rupture de médicament ? **□** Oui | | **□** Non **Si oui,** depuis quand ? :\_\_\_\_\_\_\_\_\_ | | | |
|  |  |  |  |  |  |

*Přestali jste užívat předepsané léky? Ano Ne* ***Pokud ano****, od kdy?*

4

*Version du 08/06/2016*

**Plaintes somatiques** : **(!!! Pour cette partie, il est possible de s’aider du dessin représentant le corps humain**)

***Somatické potíže****:* ***(!!! Pro tento úsek je možné použít kresbu lidského těla pro orientaci)***

|  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- |
| **E10 Douleurs ? /*Bolest*? □**Oui/*Ano* | | **□** Non/*Ne* |  |
| Localisation 1 | : \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ Type : **□** Aigu | | □Chronique |
| *Oblast* *1* | *Typ Akutní* | | *Chronický.* |
| Localisation 2 | : \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ Type : **□** Aigu | | □Chronique |
| Localisation 3 | : \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ Type : **□** Aigu | | □Chronique |

**Avez-vous d’autres symptômes somatiques et non chroniques** ? **(E12-E18 !!! Ne pas citer et laisser la personne parler)**

***Máte jiné somatické (ne-chronické) příznaky****?* ***(E12-E18 !!! Neuvádějte seznam a nechte osobu hovořit****)*

**E12 □** digestifs/*trávicí* :\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

**E13 □** respiratoires/*dýchací*:\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

**++ si toux : préciser la durée – si crachats : demander si présence de sang**

**++ pokud se vyskytuje kašel: uveďte trvání - pokud se vyskytuje sputum: zeptejte se, zda je přítomna krev**

**E14 □** urinaires/*močové* : \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

**E15 □** génitaux/ *genitální* : \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

**E16 □** ostéo-articulaires/ *pohybového aparátu* : \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

**E17 □** oculaires/ *zrakové* : \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

**E18 □** auditifs/*sluchové* **:** \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

**E19** Souffrez-vous de problèmes bucco-dentaires : **□** Oui **□** Non **□** NSPR

*Máte problémy s ústní hygienou?*  *Ano Ne neví*

**Si oui,** Lesquels **?** \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

*Pokud ano, jaké?*

**E20** Souffrez-vous d’affectionscutanées : **□** Oui/*ano* **□** Non/*ne* **□** NSPR/*neví*

*Trpíte kožními nemocemi?*

**Si oui,** Lesquels **?** \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

*Pokud ano, jakými?*

**E20b** Avez-vous eu dans les 12 derniers mois, un/des épisodes de gale ?

*Měli jste za posledních dvanáct měsíců výskyt vyrážky?*

**□**Oui/*Ano* **□** Non/*Ne* **□**NSPR/*neví*

|  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- |
| **Si oui,** Un médecin vous a-t-il fait le diagnostic ?  ***Pokud ano,*** *byli jste diagnostikováni lékařem?* **□**Oui/*Ano* **□** Non/*Ne* **□**NSPR/*neví* | | |  |
|  |  |  | |
| **E20d**Est-ce que vous grattez actuellement ? Škrábete se v současnosti? **□**Oui/*Ano* **□** Non/*Ne* | |  | |

**Si oui,** est-ce que vous vous grattez au niveau de la ceinture du pantalon (niveau des fesses

|  |  |
| --- | --- |
| ou du ventre) ou des organes génitaux externes ? ***Pokud ano,*** *vaše tělo svědí v oblasti opasku*  *(břicha nebo hýždí) nebo vnějších genitálií?* **□**Oui/*Ano* **□** Non/*Ne* |  |
|  |  |
| 5 |  |

*Version du 08/06/2016*

**E21** Souffrez-vous d’autres symptômes(*sueurs nocturnes*,*fatigue, vertiges, perte*

*d’appétit…)/* *Trpíte dalšími příznaky (noční pocení,**únava, závrať, ztráta chuti k jídlu …)* ?

**□**Oui/*Ano* **□** Non/*Ne*

**Si oui,** Lesquels/ ***Pokud ano,*** *jakými?*\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

Depuis combien de temps*/ Od kdy* ?\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

**E22** Avez-vous reçu un(des) traitement(s) médicamenteux pour un ou plusieurs de cessymptômes/ *Podstoupili jste nějakou léčbu (obdrželi léky) pro jeden nebo více těchto příznaků?*

**□**Oui/*Ano* **□** Non/*Ne*

**!!! Indiquez les « numéros de symptômes » correspondants/** *Uveďte odpovídající «čísla příznaků»*

****

Pour le(s) symptôme(s) E \_\_/\_\_/ traitement : \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

*Pro příznak(y) Е* *léčba*

Pour le(s) symptôme(s) E \_\_/\_\_/ traitement : \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

*Pro příznak(y) Е* *léčba*

**F- Santé des Femmes/ *Zdraví žen***

|  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- |
| **F1** Avez-vous eu un suivi gynécologique au cours de votre vie ? **□** Oui/ *Ano* **□** Non/*ne* | | | |  |
| *Podstoupila jste během svého života gynekologické sledování?* | | | |  |
| **F2** Combien avez-vous eu de grossesses *Kolik těhotenství jste měla*? \_\_/\_\_/ | | | | | |  |  |  |
| **F3** Avez-vous un moyen de contraception aujourd’hui ? *Používáte v současné době antikoncepci*? | | | |  |
| **□** Oui/*ano* | **□** Non/*ne* **□** NSPR/ *neví* **□** NVPR/*OO* | | | | |  |  | | | |  |  |
| **Si non**, En souhaiteriez-vous un ? ***Pokud ne****, měla byste o ně zájem*? **□**Oui/*Ano* **□** Non/*Ne* | | | | | |  |  |  |
|  |  |  | |  |
| **F4** Etes-vous actuellement enceinte ? **□**Oui/*Ano* **□** Non/*Ne* **□** NSPR/ *neví*  *Jste v současné době těhotná?* | |  | |  |
| **Si oui, F4a** date des dernières règles (ou mois de grossesse) \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ | | | |  |
|  |  | | | | |  |  | | | |  |  |
| ***Pokud ano, F4a*** *datum poslední menstruace (nebo měsíce těhotenství)*  **F4b** êtes-vous suivie pour cette grossesse? *Podstupujete nějaký zdravotní dohled ohledně vašeho těhotenství*?  **□**Oui/*Ano* **□** Non/*Ne* **□** NSPR/ *neví* | | |  | | |  | | | |  |  |

**Si oui,** où/ ***Pokud ano****, kde?\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_*

Date du dernier suivi/ *Datum poslední kontroly?* \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

6

*Version du 08/06/2016*

**G- Santé mentale|** ***Duševní zdraví***

* **Introduire ++ : « Les conditions d’immigrations et d’arrivée peuvent être traumatisantes et que parfois, certaines personnes ont besoin d’en parler… »**

***!!! Zaveďte téma ++: « Imigrační podmínky mohou být traumatizující a někdy si o tom lidé potřebují promluvit…»***

**G1** Avez-vous rencontré une équipe spécialisée sur les questions de santé psychologique enindividuel ou en collectif ? *Setkali jste se s týmem, který se specializuje na individuální nebo kolektivní psychologické zdraví?*

**□** Oui/*ano* **□** Non/*ne*

|  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- |
| **Si oui**, où/ *pokud ano, kde*?………………………………………… | | Date/*datum* : ……………………………. | |
|  |  |  |  |
| **G2** Avez-vous été consulté pour ce type de questions? *Obdrželi jste konzultace o těchto záležitostech?* | | **□** Oui/*ano* | **□** Non/*ne* |
| **Si oui,** où / *pokud ano, kde*?……………………………………………. | | Date/*datum* : ………………………………. | |
|  |  |  |  |
| **G3** Souhaitez-vous rencontrer un psychologue ?  *Chcete se setkat s psychologem?* **□**Oui/*Ano* **□** Non/*Ne* | |  |  |

* **Si OUI à l’une des 3 questions précédentes** : **Passer directement à la question H1**

!!! ***Pokud ANO na některou ze tří předchozích otázek: Přejděte přímo na otázku H1***

**Ne poser G4-G8 que Si NON à ces trois questions** :

!!! ***Pouze se zeptejte na G4-G8, pokud NE na tři předchozí otázky***:

**Avez-vous/*Máte* …**

**G4 … des problèmes pour dormir** *(Insomnies, réveil au milieu de la nuit, réveil trop tôt, cauchemars)/* ***problémy se spánkem*** *(nespavost, probouzení uprostřed noci, časné vstávání, noční můry):*

**□** Jamais **□** parfois **□**souvent **□** tous les soirs **□** NVPR **□** NSPR

*nikdy někdy často každou noc OO neví*

**G4a Si oui,** Est-ce que vous ressentez cela depuis/ ***Pokud ano,*** *tyto příznaky máte ..:.*

* moins d’un mois ? **□** entre un mois et six mois ? **□** plus de six mois ? **□** NSPR

*méně než měsíc mezi 1 a 6 měsíci více než 6 měsíců neví*

**G5 *…* des idées noires /** *ponuré myšlenky***:**

**□** Jamais **□** parfois  **□**souvent **□** tous les soirs **□** NVPR **□** NSPR

*nikdy někdy často každou noc OO neví*

**G5a Si oui,** Est-ce que vous ressentez cela depuis/ ***Pokud ano,*** *tyto příznaky máte ...:*

* moins d’un mois ? **□** entre un mois et six mois ? **□** plus de six mois ? **□** NSPR

*méně než měsíc mezi 1 a 6 měsíci více než 6 měsíců neví*

**G6 … des crises de larmes**/ plačtivost**:**

**□** Jamais **□** parfois **□**souvent **□** tous les soirs **□** NVPR **□** NSPR

*nikdy někdy často každou noc OO neví*

**G6aSi oui,** Est-ce que vous ressentez cela depuis ***Pokud ano,*** *tyto příznaky máte ...:*

* moins d’un mois ? **□** entre un mois et six mois ? **□** plus de six mois ? **□** NSPR

*méně než měsíc mezi 1 a 6 měsíci více než 6 měsíců neví*

**G7 Êtes-vous facilement irritable/** *Jste snadno podrážděni?*

**□** Jamais **□** parfois **□**souvent **□** tous les soirs **□** NVPR **□** NSPR

*nikdy někdy často každou noc OO neví*

**G7aSi oui,** Est-ce que vous ressentez cela depuis/ ***Pokud ano,*** *tyto příznaky máte ...::*

* moins d’un mois ? **□** entre un mois et six mois ? **□** plus de six mois ? **□** NSPR
* *méně než měsíc mezi 1 a 6 měsíci více než 6 měsíců neví*

*7*

*****Version du 08/06/2016*

**H-Refus ou Renoncement aux soins/** ***Odmítnutí nebo odepření zdravotní péče***

**H1** Vous a-t-on refusé des soins depuis que vous êtes en France ? **□** Oui/*ano* **□** Non/*ne*

*Byla vám odepřena lékařská péče od té doby, co jste ve Francii?*

**H1a Si oui,** pour quelles raisons ? \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

*Pokud ano, proč?*

**H2** Avez-vous renoncé à des soins pour vous même dans les 12 derniers mois ?

*Odmítli jste zdravotní péči v posledních 12ti měsících?* **□** Oui/*ano* **□** Non/*ne*

**H2a Si oui,** pour quelles raisons ? \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

*Pokud ano, proč?*

**I-Conclusion du bilan Sanitaire/ *Závěr zdravotního záznamu***

**I1** Pensez-vous rester en France ? **□** Oui/*ano* **□** Non/*ne* **□**NSPR/*neví*

*Máte v plánu zůstat ve Francii?*

**I1a** Avez-vous une couverture santé ? □ Oui**, la CMU** **□** Oui, **l’AME**

*ano, CMU ano, AME*

□ En cours/ *v procesu* □ Non/ *ne*

*Máte zdravotní pojištění?*

**□** Oui, **mais ne sait pas laquelle /** *Ano,* ***ale neví, který z nich* □** NSPR / *neví*

**I1b** Avez-vous une complémentaire santé ? *Máte doplňkové zdravotní pojištění?*

|  |  |
| --- | --- |
| **□** Oui/*ano* | **□** Non/*ne* **□** en cours/*v procesu* **□** NSPR/ *neví* |

**Besoin identifié de prise en charge sanitaire : !!! Cocher au moins une case dans chaque colonne/** *Potřeba zdravotní péče: !!! Vyplňte nejméně jednu v každém sloupci*

|  |  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
|  |  | **I2** | **I3** | **I4** | **I5** | **I6** | **I7** |
|  |  | **PMI/Mater**  *Mateřství / péče o děti* | **Autre :**  *ostatní* |
|  |  | **Psycho**  *Psycho.* |
|  |  | **Urgences** | **Méd. G.**  *Všeobecné lékařství* | **Dentiste**  *zubař* |
|  |  |  |  |
|  |  |  |  |
|  |  | *Pohotovst* |  |  |  |  |
| **Aucun/***žádné* |  | **□** | **□** | **□** | **□** | **□** | **□** |
| **Urgent/**  *naléhavé* |  | **□** | **□** | **□** | **□** | **□** | **□** |
|  |  |  |  |  |  |  |
| **Dans la** |  |  | **□** | **□** | **□** | **□** | **□** |
| **semaine/**  *během týdne* |  |  |
|  |  |  |  |  |  |  |
| **Dans le** |  |  | **□** | **□** | **□** | **□** | **□** |
| **mois/**  *během měsíce* |  |  |
|  |  |  |  |  |  |  |

**Si « autres »**, préciser ***: pokud ostatní****, prosím upřesněte*  \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

**Si présence de toux, sueurs nocturnes, amaigrissement, hémoptysie, ou si notion d’antécédent personnel ou familial de tuberculose, ou de contact, même ancien, avec une personne atteinte ou suspecte de tuberculose, orientez rapidement vers une PASS pour une radio pulmonaire, et mentionnez la suspicion plus ou moins forte de tuberculose dans le courrier d'accompagnement.**

***V případě kašle, nočního pocení, vyčerpání, hemoptýzy nebo v případě osobního nebo rodinného předchůdce tuberkulózy nebo v případě kontaktu (včetně bývalého pacienta) s infikovanou tuberkulózou nebo případně infikovanou osobou, kontaktujte prosím PASS a požádejte o radiografii hrudníku s uvedením úrovně podezření na tuberkulózu v přiložené poště.***

8

*Version du 08/06/2016*

* **Toutes orientations effectuées doivent être notées dans le tableau même si elles ont lieues au sein du centre d’hébergement (en cas de professionnels sur place)**
* ***Veškeré orientace je třeba zaznamenat v níže uvedeném grafu, i když byly uvedeny v ubytovacím středisku (v případě profesionálů na místě)***

|  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- |
| **QUALIFICATION/** *dovednosti* | **LIEU/***místo* | **DATE/***datum* | **ORIENTATION/** *orientace* |

Lettre de liaison transmise **□**

*Doporučující dopis odeslán*

Lettre d'information transmise **□**

*Informativní dopis odeslán*

Lettre de liaison transmise **□**

*Doporučující dopis odeslán*

Lettre d'information transmise **□**

*Informativní dopis odeslán*

Lettre de liaison transmise **□**

*Doporučující dopis odeslán*

Lettre d'information transmise **□**

*Informativní dopis odeslán*

Lettre de liaison transmise **□**

*Doporučující dopis odeslán*

Lettre d'information transmise **□**

*Informativní dopis odeslán*

9