

Цель данной анкеты улучшить ваше пребывание, а также получение медицинской помощи на территории Франции. Le but de ce questionnaire est d'améliorer votre parcours et votre accompagnement au travers des soins sur le territoire français.

Мы понимаем, что некоторые вопросы касаются вашей личной жизни и заранее извиняемся. Но ответы на эти вопросы облегчат вам доступ для получения необходимой медицинской помощи.

Nous avons conscience du caractère intrusif de certaines questions et nous en excusons par avance. Toutefois ces questions vous permettront un accès facilité auprès des acteurs en santé.

Персональные данные / ADMINISTRATIF

Дата прибытия / Date d'arrivée : Мужчина / Homme Женщина / Femme

Фамилия / Nom : Имя / Prénom :

Номер телефона / N° téléphone : Электронная почта / Mail :

Языки, которыми владеете / Langues parlées :

Дата и место рождения / Date et lieu de naissance :

Транспорт, на котором вы приехали : Поезд / Train Автобус / Bus
Conditions d'arrivée Самолет / Avion Другое / Autre

Длительность Вашего пребывания в дороге : Конечный пункт назначения :
Durée du périple migratoire Destination finale prévue

Неполнолетний ребенок самостоятельный или несовершеннолетний ребенок в сопровождении :
Mineur isolé ou mineur accompagné par

Актуальный адрес пребывания :
Adresse d'hébergement actuel

Название организации, которая вас сопровождает :
Organisme accompagnant

Контактные данные этой организации (фамилия, имя, телефон, электронная почта) :
Coordonnées référent (nom, prénom, téléphone, mail)

Довверенное лицо (прізвище, имя, телефон, электронна пошта) :
Personne de confiance (nom, prénom, téléphone, mail)

Для женщин / FEMME

Вы беременны / Êtes-vous enceinte ? Да / Oui Нет / Non

Дата последней менструации / Date des dernières règles :

Ожидаемая дата родов / Date prévue d'accouchement :

Медико – хирургическая история / ANTÉCÉDENTS MÉDICO-CHIRURGICAUX

Алергии / Allergies :

Кардиология / Cardiologie

Високое кровяное давление : Hypertension artérielle	<input type="checkbox"/> Да / Oui	<input type="checkbox"/> Нет / Non	Нарушение сердечного ритма, аритмия : Trouble du rythme cardiaque	<input type="checkbox"/> Да / Oui	<input type="checkbox"/> Нет / Non
Инфаркт / Infarctus :	<input type="checkbox"/> Да / Oui	<input type="checkbox"/> Нет / Non	Сердечная недостаточность : Insuffisance cardiaque	<input type="checkbox"/> Да / Oui	<input type="checkbox"/> Нет / Non
Стенокардия / Angor :	<input type="checkbox"/> Да / Oui	<input type="checkbox"/> Нет / Non			

Болезни органов дыхания / Pneumologie

Хроническое обструктивное заболевание легких : BPCO :	<input type="checkbox"/> Да / Oui	<input type="checkbox"/> Нет / Non	Астма / Asthme :	<input type="checkbox"/> Да / Oui	<input type="checkbox"/> Нет / Non
			Туберкулез / Tuberculose :	<input type="checkbox"/> Да / Oui	<input type="checkbox"/> Нет / Non
			Проходите ли сейчас курс лечения : Traitements en cours	<input type="checkbox"/> Да / Oui	<input type="checkbox"/> Нет / Non

Эндокринология / Endocrinologie

Диабет / Diabète :	<input type="checkbox"/> Да / Oui	<input type="checkbox"/> Нет / Non	Щитовидная железа : Thyroïde	<input type="checkbox"/> Да / Oui	<input type="checkbox"/> Нет / Non
--------------------	-----------------------------------	------------------------------------	---------------------------------	-----------------------------------	------------------------------------

Неврология / Neurologie

Инсульт / AVC :	<input type="checkbox"/> Да / Oui	<input type="checkbox"/> Нет / Non	Болезнь Паркинсона : Parkinson	<input type="checkbox"/> Да / Oui	<input type="checkbox"/> Нет / Non
Рассеянный склероз : Sclérose en plaque	<input type="checkbox"/> Да / Oui	<input type="checkbox"/> Нет / Non			

Онкология / Oncologie

Рак / Cancer :	<input type="checkbox"/> Да / Oui	<input type="checkbox"/> Нет / Non	Локализация : Localisation(s)		
----------------	-----------------------------------	------------------------------------	----------------------------------	--	--

Другие заболевания / Autres antécédents

Лечение / TRAITEMENTS

Какой срок лечения Вам остался ?
Combien de jours de traitement vous reste-t-il ?

У вас есть при себе рецепт ?
Avez-vous vos ordonnances ?

Да / Oui Нет / Non

Вакцинации / VACCINATIONS

У Вас есть медицинская карточка ?
Etes-vous en possession de votre carnet de santé ?

Да / Oui Нет / Non

Гемофильная инфекция типа b /
Haemophilus influenzae de type B :

Да / Oui Нет / Non Не знаю / Ne sait pas

Гепатит B / Hépatite B :

Да / Oui Нет / Non Не знаю / Ne sait pas

Пневмокок / Pneumocoque :

Да / Oui Нет / Non Не знаю / Ne sait pas

Дифтерия-столбняк-полиомиелит /
Diphthérie-Tétanos-Poliomyélite :

Да / Oui Нет / Non Не знаю / Ne sait pas

Корь-паротит-краснуха / Rougeole-Oreillons-Rubéole :

Да / Oui Нет / Non Не знаю / Ne sait pas

Менингококковый тип C / Méningocoque de type C :

Да / Oui Нет / Non Не знаю / Ne sait pas

Коклюш / Coqueluche :

Да / Oui Нет / Non Не знаю / Ne sait pas

Туберкулез / Tuberculose :

Да / Oui Нет / Non Не знаю / Ne sait pas

Коронавирус / Covid-19 :

Пфайзер / Pfizer АстраЗенека / AstraZéneca

Модерна / Moderna Спутник V / Spoutnik V

Другое / Autre : _____

Да / Oui Нет / Non Не знаю / Ne sait pas

Количество инъекций (схема первичной вакцинации):
Nb d'injection (schéma de vaccination initial)

Количество повторных инъекций :
Nb d'injection de rappel :

Оценка состояния стресса / EVALUATION DE L'ÉTAT DE STRESS (à compléter par le professionnel de santé)

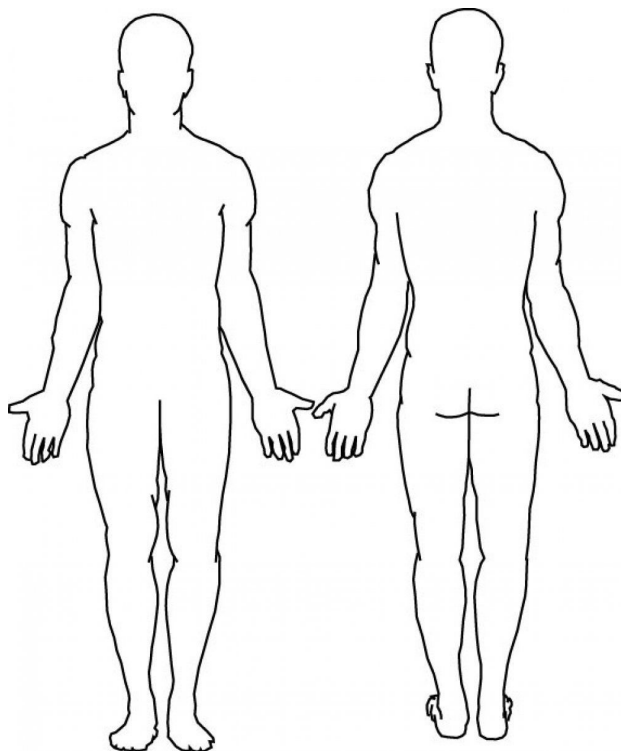
Оценка симптомов посттравматического стресса :
Evaluation des symptômes de stress post-traumatique

Score :

СИМПТОМЫ / SYMPTÔMES

Вы кашляете больше трех недель :
Toussez-vous depuis plus de 3 semaines

Так / Oui Нет / Non



На данной иллюстрации, укажите места, где Вы чувствуете боль.

Другие / AUTRES

ORIENTATION (à compléter par le professionnel de santé)