

APPLICABLE AU :
24-03-2022

MISE EN RÉVISION :
24-03-2022

MAJ : 28-03-2022

Page 1 sur 4

RÉDACTION : CG, JP
VALIDATION : NG

Мета цієї анкети – полегшення вашого перебування на території Франції та надання вам всієї необхідної підтримки. Le but de ce questionnaire est d'améliorer votre parcours et votre accompagnement au travers des soins sur le territoire français.

Ми усвідомлюємо особистий характер певних питань і заздалегідь вибачаємося. Однак ці питання допоможуть вам отримати доступ до необхідної медичної допомоги.

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.

Персональні дані / ADMINISTRATIF

Дата прибуття / Date d'arrivée : Чоловік / Homme Жінка / Femme

Ім'я / Nom : Прізвище / Prénom :

Номер телефону / N° téléphone : Електронна пошта / Mail :

Мови, якими Ви розмовляєте / Langues parlées :

Дата та місце народження / Date et lieu de naissance :

Транспорт, яким Ви прибули / Conditions d'arrivée : Потяг / Train Автобус / Bus
 Літак / Avion Інше / Autre

Тривалість Вашого шляху : Кінцевий пункт призначення :
Durée du périple migratoire Destination finale prévue

Неповнолітній без супроводу або неповнолітній з супроводом :
Mineur isolé ou mineur accompagné par

Актуальна адреса перебування :
Adresse d'hébergement actuel

Назва організації, що вас супроводжує :
Organisme accompagnant

Контактні дані цієї організації (прізвище, ім'я, телефон, електронна пошта) :
Coordonnées référent (nom, prénom, téléphone, mail)

Довірена особа (прізвище, ім'я, телефон, електронна пошта) :
Personne de confiance (nom, prénom, téléphone, mail)

Жінки / FEMME

Ви вагітні / Êtes-vous enceinte ? Так / Oui Ні / Non

Дата останньої менструації / Date des dernières règles :

Очікувана дата пологів / Date prévue d'accouchement :

МЕДИКО-ХІРУРГІЧНА ІСТОРИЯ / ANTÉCÉDENTS MÉDICO-CHIRURGICAUX

Алергії / Allergies :

Кардіологія / Cardiologie

Високий кров'яний тиск : Hypertension artérielle	<input type="checkbox"/> Так / Oui	<input type="checkbox"/> Ні / Non	Порушення серцевого ритму, аритмія : Trouble du rythme cardiaque	<input type="checkbox"/> Так / Oui	<input type="checkbox"/> Ні / Non
Інфаркт / Infarctus :	<input type="checkbox"/> Так / Oui	<input type="checkbox"/> Ні / Non	Стенокардія / Angor :	<input type="checkbox"/> Так / Oui	<input type="checkbox"/> Ні / Non
Серцева недостатність : Insuffisance cardiaque	<input type="checkbox"/> Так / Oui	<input type="checkbox"/> Ні / Non			

Хвороби органів дихання / Pneumologie

Хронічне обструктивне захворювання легень : BPCO	<input type="checkbox"/> Так / Oui	<input type="checkbox"/> Ні / Non	Астма / Asthme :	<input type="checkbox"/> Так / Oui	<input type="checkbox"/> Ні / Non
			Туберкульоз / Tuberculose :	<input type="checkbox"/> Так / Oui	<input type="checkbox"/> Ні / Non
			Чи проходитье зараз курс лікування : Traitements en cours	<input type="checkbox"/> Так / Oui	<input type="checkbox"/> Ні / Non

Ендокринологія / Endocrinologie

Діабет / Diabète :	<input type="checkbox"/> Так / Oui	<input type="checkbox"/> Ні / Non	Щитоподібна залоза : Thyroïde :	<input type="checkbox"/> Так / Oui	<input type="checkbox"/> Ні / Non
--------------------	------------------------------------	-----------------------------------	------------------------------------	------------------------------------	-----------------------------------

Неврологія / Neurologie

Інсульт / AVC :	<input type="checkbox"/> Так / Oui	<input type="checkbox"/> Ні / Non	Хвороба Паркінсона : Parkinson	<input type="checkbox"/> Так / Oui	<input type="checkbox"/> Ні / Non
Розсіяний склероз : Sclérose en plaque	<input type="checkbox"/> Так / Oui	<input type="checkbox"/> Ні / Non			

Онкологія / Oncologie

Рак / Cancer :	<input type="checkbox"/> Так / Oui	<input type="checkbox"/> Ні / Non	Локалізація : Localisation(s)
----------------	------------------------------------	-----------------------------------	----------------------------------

Інші захворювання / Autres antécédents

ЛІКУВАННЯ / TRAITEMENTS

Який термін лікування Вам залишився ?
Combien de jours de traitement vous reste-t-il ?

Чи є у Вас при собі рецепт ?
Avez-vous vos ordonnances ?

Так / Oui Ні / Non

Вакцинації / VACCINATIONS

У Вас є медична картка ?
Etes-vous en possession de votre carnet de santé ?

Так / Oui Ні / Non

Гемофільна інфекція типу b :
Haemophilus influenzae de type B

Так / Oui Ні / Non Не знаю / Ne sait pas

Гепатит В / Hépatite B :

Так / Oui Ні / Non Не знаю / Ne sait pas

Пневмокок / Pneumocoque :

Так / Oui Ні / Non Не знаю / Ne sait pas

Дифтерія-правець-поліомієліт :
Diphthérie-Tétanos-Poliomyélite

Так / Oui Ні / Non Не знаю / Ne sait pas

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

Так / Oui Ні / Non Не знаю / Ne sait pas

Менінгококовий тип C / Méningocoque de type C :

Так / Oui Ні / Non Не знаю / Ne sait pas

Коклюш / Coqueluche :

Так / Oui Ні / Non Не знаю / Ne sait pas

Туберкульоз / Tuberculose :

Так / Oui Ні / Non Не знаю / Ne sait pas

Коронавірус / Covid-19 :

Так / Oui Ні / Non Не знаю / Ne sait pas

Пфайзер / Pfizer АстраЗенека / AstraZéneca

Модерна / Moderna Спутник V / Spoutnik V

Інші / Autre : _____

Кількість ін'єкцій (схема первинної вакцинації) :
Nb d'injection (primo-vaccination)

Кількість повторних ін'єкцій :
Nb d'injection de rappel

ОЦІНКА СТАНУ СТРЕСУ / EVALUATION DE L'ÉTAT DE STRESS (à compléter par le professionnel de santé)

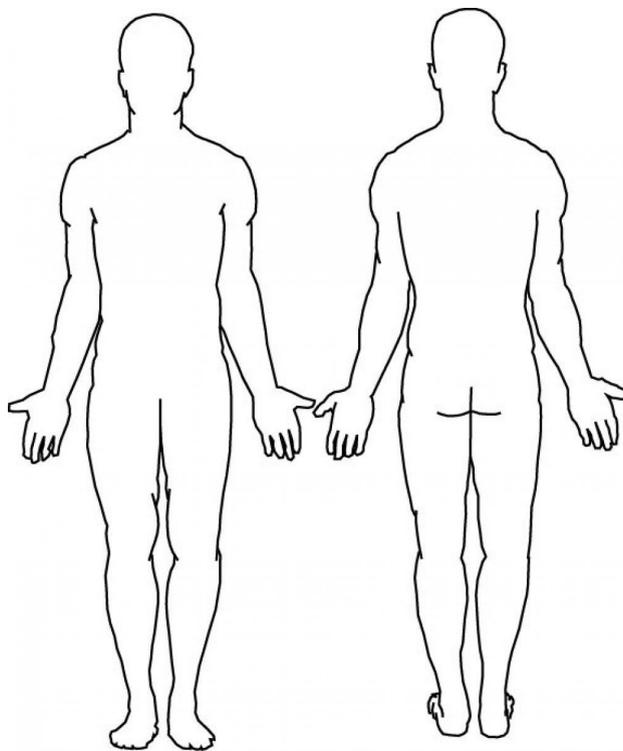
Оцінка симптомів посттравматичного стресу :
Evaluation des symptômes de stress post-traumatique

Score :

СИМПТОМИ / SYMPTÔMES

Ви кашляєте більш ніж три тижні :
Toussez-vous depuis plus de 3 semaines

Так / Oui Ні / Non



На даній ілюстрації, вкажіть місця, де Ви відчуваєте біль..

Інші / AUTRES

ORIENTATION (à compléter par le professionnel de santé)