

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

Актульна 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	Ви палите / Fumez-vous ?	<input type="checkbox"/> Так / Oui	<input type="checkbox"/> Ні / Non
Астма / Asthme :	<input type="checkbox"/> Так / Oui	<input type="checkbox"/> Ні / Non	Чи кашляєте ви / Toussez-vous ?	<input type="checkbox"/> Так / Oui	<input type="checkbox"/> Ні / Non
Туберкульоз / Tuberculose :	<input type="checkbox"/> Так / Oui	<input type="checkbox"/> Ні / Non	Чи проходить 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 B / 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 / AstraZénéca

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

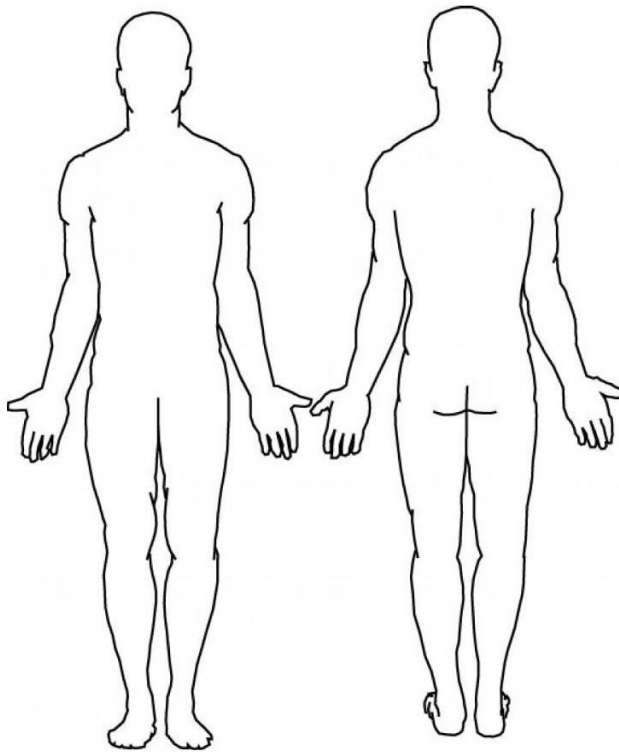
## ОЦІНКА СТАНУ СТРЕСУ / EVALUATION DE L'ÉTAT DE STRESS (à compléter par le professionnel de santé)

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

Score :

## СИМПТОМИ / SYMPTÔMES

Ви кашляєте більш ніж три тижні :  Так / Oui  Ні / Non | Чи відкашлюєте ви мокроту  Так / Oui  Ні / Non  
Toussez-vous depuis plus de 3 semaines ? | Est-ce que vous crachez ?



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

## Інші / AUTRES

Чи втратили ви вагу за останні 3 місяці?  Так / Oui  Ні / Non  Не знаю / Ne sait pas

Avez-vous perdu du poids au cours des 3 derniers mois ?

Чи пітнієте ви вночі?  Так / Oui  Ні / Non  Не знаю / Ne sait pas

Avez-vous des sueurs nocturnes ?

Чи відчуваєте ви себе зараз хворим?  Так / Oui  Ні / Non  Не знаю / Ne sait pas

Vous sentez-vous malade actuellement ?

## ORIENTATION (à compléter par le professionnel de santé)