

Questionnaire sur les problèmes de santé – Français Fragebogen Anamnese (für Erwachsene) – Französisch

FR | R1

!!! ACHTUNG: Vertrauliche medizinische Dokumente !!!

Dieser Bogen unterliegt der ärztlichen Schweigepflicht. Eine Meldung von Erkrankungen entsprechend IfSG bzw. AsylG erfolgt bei Bedarf durch die/den erhebende/n Ärztin/Arzt. **Einsichtnahme in diesen Bogen durch oder Übermittlung an nicht-medizinisches Personal (auch Behörden oder Bundesamt) ist nicht gestattet!**

S'il vous plaît, remplissez ce questionnaire en entier. Vos réponses sont très importantes, elles permettront à votre médecin d'évaluer votre état de santé et de pouvoir vous aider en cas de problème.

Toutes vos réponses sont bien entendu soumises au secret médical : votre médecin sera le seul à les lire et ne pourra les transmettre à autrui sans votre autorisation! (C'est ce qui est mentionné en allemand dans la case grisée ci-dessus.)

Si vous possédez des documents médicaux, veuillez les emmener chez le médecin. Pensez aussi à votre carnet de vaccinations (si vous en avez un)!

A Comment est votre état de santé en général?

😊 très bon 😊 bon 😐 assez bon ☹ mauvais ☹ très mauvais

B Avez-vous en ce moment des troubles de santé nécessitant une aide médicale?

- | | | |
|---|--|--|
| <input type="checkbox"/> 1 Fièvre | <input type="checkbox"/> 6 Mal au dos | <input type="checkbox"/> 11 Douleurs dans la zone génitale |
| <input type="checkbox"/> 2 Rhume | <input type="checkbox"/> 7 Problèmes digestifs | <input type="checkbox"/> 12 Hémorroïdes |
| <input type="checkbox"/> 3 Nausées | <input type="checkbox"/> 8 Maux de ventre | <input type="checkbox"/> 13 Problèmes dentaires |
| <input type="checkbox"/> 4 Diarrhées | <input type="checkbox"/> 9 Douleurs en urinant | <input type="checkbox"/> 14 Problèmes de peau |
| <input type="checkbox"/> 5 Maux de tête | <input type="checkbox"/> 10 „problèmes de femmes/problèmes d'hommes“ | |
| <input type="checkbox"/> 0 autre | | |

(Veuillez trouver quelqu'un qui l'écrive en anglais ou en allemand)

C À quelle fréquence avez-vous souffert des problèmes suivants ces deux dernières semaines?

jamais rarement occasionnellement souvent toujours

	jamais	rarement	occasionnellement	souvent	toujours
Maux de tête	<input type="checkbox"/> A1	<input type="checkbox"/> A2	<input type="checkbox"/> A3	<input type="checkbox"/> A4	<input type="checkbox"/> A5
Maux de ventre	<input type="checkbox"/> B1	<input type="checkbox"/> B2	<input type="checkbox"/> B3	<input type="checkbox"/> B4	<input type="checkbox"/> B5
autres maux	<input type="checkbox"/> C1	<input type="checkbox"/> C2	<input type="checkbox"/> C3	<input type="checkbox"/> C4	<input type="checkbox"/> C5
Fièvre	<input type="checkbox"/> D1	<input type="checkbox"/> D2	<input type="checkbox"/> D3	<input type="checkbox"/> D4	<input type="checkbox"/> D5
Toux	<input type="checkbox"/> E1	<input type="checkbox"/> E2	<input type="checkbox"/> E3	<input type="checkbox"/> E4	<input type="checkbox"/> E5
Diarrhée	<input type="checkbox"/> F1	<input type="checkbox"/> F2	<input type="checkbox"/> F3	<input type="checkbox"/> F4	<input type="checkbox"/> F5
Problèmes de sommeil	<input type="checkbox"/> G1	<input type="checkbox"/> G2	<input type="checkbox"/> G3	<input type="checkbox"/> G4	<input type="checkbox"/> G5
Cauchemars	<input type="checkbox"/> H1	<input type="checkbox"/> H2	<input type="checkbox"/> H3	<input type="checkbox"/> H4	<input type="checkbox"/> H5
Sentiment de peur	<input type="checkbox"/> I1	<input type="checkbox"/> I2	<input type="checkbox"/> I3	<input type="checkbox"/> I4	<input type="checkbox"/> I5
Sentiment de tristesse	<input type="checkbox"/> J1	<input type="checkbox"/> J2	<input type="checkbox"/> J3	<input type="checkbox"/> J4	<input type="checkbox"/> J5
Souvenirs écrasants de choses graves que j'ai vécues	<input type="checkbox"/> K1	<input type="checkbox"/> K2	<input type="checkbox"/> K3	<input type="checkbox"/> K4	<input type="checkbox"/> K5
Sentiment de ne plus vouloir vivre	<input type="checkbox"/> L1	<input type="checkbox"/> L2	<input type="checkbox"/> L3	<input type="checkbox"/> L4	<input type="checkbox"/> L5

D (pour les femmes) Êtes-vous enceinte?

☐ 0 non ☐ + oui, de _____ Mois ☐ ? Je ne sais pas

Woher erhalte ich diesen Anamnesebogen?

BZgA

**Bundeszentrale
für
gesundheitliche
Aufklärung**

Dieser Anamnesebogen wurde von der Bundeszentrale für gesundheitliche Aufklärung (BZgA) entwickelt. Er ist in einer Reihe von verschiedenen Sprachen und in verschiedenen Varianten für unterschiedliche Einsatzzwecke verfügbar.

Die jeweils aktuellste Version kann auf der Internetseite der BZgA heruntergeladen werden.

Bei diesem Bogen handelt es sich um die Variante R1 Französisch Version 0.8, erstellt am: 19. April 2017