

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

**FR A2****!!! 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 Nom**

---

**B Date de naissance**

			.			.				
--	--	--	---	--	--	---	--	--	--	--

**C Sexe**☐

féminin






☐

masculin

☐

Pas d'indication

**D Comment est votre état de santé en général?**

-  très bon       bon       assez bon
-  mauvais       très mauvais

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

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

---

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

## F Souffrez-vous d'une maladie chronique ?

- |   |  |    |                                 |
|---|--|----|---------------------------------|
| 1 | Hypertension                                     | 10 | Hémophilie                      |
| 2 | Diabète  | 11 | Accident vasculaire cérébral    |
| 3 | Maladie chronique du cœur                        | 12 | Paralysie                       |
| 4 | Asthme/maladie chronique des voies respiratoires |    |                                 |
| 5 | Troubles de la thyroïde                          | 13 | Épilepsie                       |
| 6 | Rhumatismes                                      | 14 | Cancer                          |
| 7 | Maladie auto-immune                              | 15 | Maladie génétique               |
| 8 | HIV/SIDA   | 16 | Dépression                      |
| 9 | Thrombose  | 17 | Autres problèmes psychiatriques |
| 0 | autre  |    |                                 |

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

## G Avez-vous déjà eu une réaction allergique?

- |  |   |
|--|---|
| <input type="checkbox"/> 1 Vaccin                          | <input type="checkbox"/> 5 Piqûre de guêpe          |
| <input type="checkbox"/> 2 Antibiotique (Pénicilline, ...) | <input type="checkbox"/> 6 Aliments                 |
| <input type="checkbox"/> 3 autres médicaments              | <input type="checkbox"/> 7 Pollen (Rhume des foins) |
| <input type="checkbox"/> 4 Latex                           |   |
| <input type="checkbox"/> 0 autre                           |   |

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

## H Prenez-vous régulièrement des médicaments?

Lesquels? (Nom)	Combien? (Dosage)	Combien de fois par jour?

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

jamais rarement occasionnellement souvent toujours

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

jamais rarement occasionnellement souvent toujours

## J Votre poids a-t-il changé ces six derniers mois?

☐ non ☐ oui, \_\_\_\_ kg en plus ☐ oui, \_\_\_\_ kg en moins

## K (pour les femmes) Êtes-vous enceinte?

☐ 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 A2 Französisch Version 0.8, erstellt am: 19. April 2017