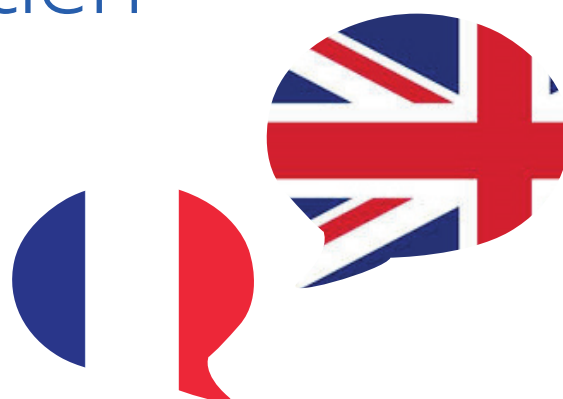




Dépistage tuberculose

Guide d'entretien

French/English



Ce livret à destination des professionnels a été élaboré par le Centre Fédératif de Prévention et de Dépistage de la Mayenne (CFPD 53).

Il vise à faciliter l'entretien entre professionnels et usagers concernant le dépistage de la Tuberculose, conformément aux dernières recommandations nationales autour de la Lutte Antituberculeuse (LAT).

Ce guide est disponible dans les langues suivantes :

- > Anglais
- > Arabe
- > Azéri
- > Bengali
- > Dari
- > Espagnol
- > Pachto
- > Portugais
- > Russe
- > Somali
- > Albanais
- > Chinois
- > Mongol

1 / Your migratory journey



<i>Français</i>	<i>Anglais</i>
Pouvez-vous m'écrire votre NOM et Prénom ?	Can you write your LAST NAME and first name for me?
Pouvez-vous me donner votre date de naissance ?	Can you give me your date of birth?
Où vivez-vous actuellement ?	Where do you currently live?
Quel est votre numéro de téléphone portable ?	What is your cellphone number?
Avez-vous un médecin traitant en France ?	Do you have a treating physician in France?
De quel pays êtes-vous originaire ?	What country are you from?
Depuis quand avez-vous quitté votre pays ?	When did you leave your country?
Depuis quand êtes-vous en France ?	How long have you been in France?
Depuis quand êtes-vous en Mayenne ?	How long have you been in Mayenne?
Comment êtes-vous venu en France (avion, bateau, train, bus, à pieds....) ?	How did you come to France (airplane, boat, train, bus, on foot, etc.)?
Quel(s) pays avez-vous traversé(s)	What country/countries did you go through?

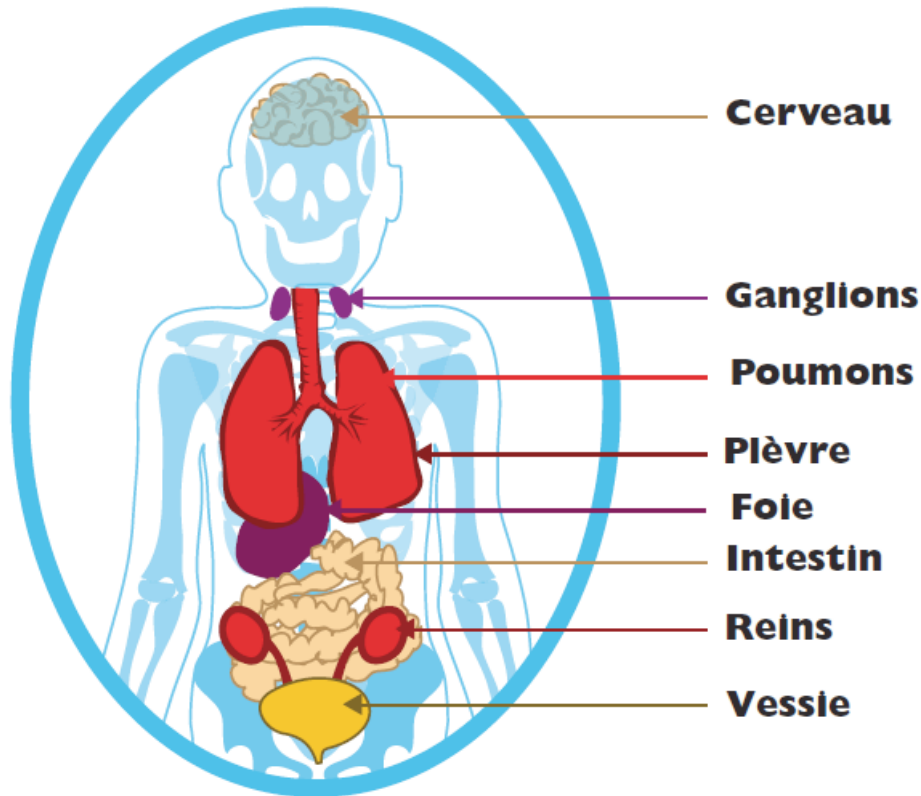
2 / Contact with tuberculosis



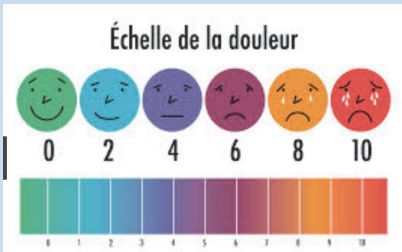
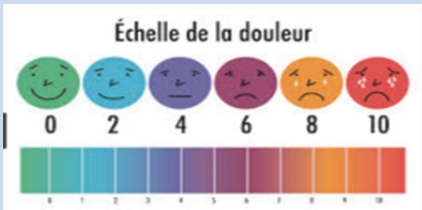
Français	Anglais
Avez-vous déjà été en contact avec quelqu'un ayant une tuberculose maladie ? OUI/NON	Have you already been in contact with someone having tuberculosis? YES/NO
Avez-vous déjà été en contact avec quelqu'un qui tousse ? OUI/NON	Have you already been in contact with someone with a cough? YES/NO
Quand ? ➤ Dans quelle circonstance ? (parents, amis, au travail, à l'école, en France, dans votre pays)	When? ➤ Under what circumstances? (parents, friends, at work, school, in France, in your country)
Vos contacts avec cette personne étaient : ➤ Prolongés ➤ Répétés ➤ Etroits ➤ Fréquents ➤ Dans un espace confiné	Your contact with this person was: ➤ Prolonged ➤ Repeated ➤ Close ➤ Frequent ➤ In a confined space
Pendant combien de temps avez-vous été en contact avec cette personne ?	How long were you in contact with this person?

3 / Your state of health

De face



Frontal/ Lymph nodes/ Lungs/ Pleura/ Liver/ Intestine/ Kidneys/ Bladder

Français	Anglais
Avez-vous des problèmes de santé ? OUI/NON	Do you have health problems? YES/NO
Maladie connue : <ul style="list-style-type: none"> ➤ Diabète ➤ Problème rénale ➤ Affection hépatique ➤ Affection respiratoire ➤ Immunodépression ➤ Opération 	Known illness: <ul style="list-style-type: none"> ➤ Diabetes ➤ Renal problems ➤ Hepatic illness ➤ Respiratory illness ➤ Immunodepression ➤ Operation
Avez-vous des douleurs ? <ul style="list-style-type: none"> ➤ Où ? ➤ Quand ? 	Do you have any pain? <ul style="list-style-type: none"> ➤ Where? ➤ When 

4 / Are you taking any medication ?



<i>Français</i>	<i>Anglais</i>
Prenez-vous des médicaments ? OUI/NON	Do you take medication? YES/NO
Quand ? <ul style="list-style-type: none"> ➤ Tous les matins ➤ Tous les midis ➤ Tous les soirs ➤ Pour dormir 	When? <ul style="list-style-type: none"> ➤ Every morning ➤ Every day at noon ➤ Every evening ➤ To sleep
Seulement en cas de besoin (douleur, fièvre...)	Only in case of need (pain, fever, etc.)
Depuis combien de temps ?	For how long?
Date du début de la prise	Start date
Quel traitement : <ul style="list-style-type: none"> ➤ Corticoïde ➤ Antibiotique ➤ Antalgique ➤ Traitement de substitution ➤ Autres 	Which treatment? <ul style="list-style-type: none"> ➤ Corticoids ➤ Antibiotics ➤ Painkillers ➤ Substitute treatment ➤ Other

5 / Addictions ?



<i>Français</i>	<i>Anglais</i>
Consommez-vous tous les jours : <ul style="list-style-type: none">➤ De l'alcool➤ Du tabac➤ Du cannabis➤ Des médicaments➤ Drogues (héroïne, cocaïne....)	Do you consume any of the following on a daily basis: <ul style="list-style-type: none">➤ Alcohol➤ Tobacco➤ Cannabis➤ Medications➤ Drugs (heroine, cocaine, etc.)
En quelle quantité ?	In what quantity?

6 / Allergies ?



Français	Anglais
Etes-vous allergique ? OUI/NON	Do you have allergies? YES/NO
Quel(s) allergène(s) : <ul style="list-style-type: none"> ➤ Pollen ➤ Poussière ➤ Poils d'animaux ➤ Antibiotique ➤ Quinine ➤ Médicaments ➤ Fruits à coque ➤ Sparadrap ➤ Laitage ➤ Fruit/légume ➤ Poisson/viande ➤ Œufs ➤ Autre 	What are you allergic to? <ul style="list-style-type: none"> ➤ Pollen ➤ Dust ➤ Animal hair ➤ Antibiotics ➤ Quinine ➤ Medications ➤ Shellfish ➤ Band-Aids ➤ Dairy ➤ Fruit/vegetables ➤ Fish/meat ➤ Eggs ➤ Other

7 / Do you have one of these symptoms ?



Français	Anglais
Avez-vous l'un de ces symptômes ? OUI/NON	Do you have one of these symptoms? YES/NO
Lequel(s): Toux, perte d'appétit, perte de poids, fatigue extrême, douleur thoracique, crachats, crachats de sang, fièvre, sueurs nocturnes profuses (qui vous oblige à vous changer)	Which one(s)? Cough, loss in appetite, weight loss, extreme fatigue, chest pain, phlegm, bloody phlegm, fever, profuse night sweats (requiring you to change)
Depuis combien de temps ? ➤ 1 semaine ➤ 1 mois ➤ 3 mois ➤ Plus de 3 mois	For how long? ➤ 1 week ➤ 1 month ➤ 3 months ➤ More than 3 months
A quelle fréquence ? ➤ Constamment ➤ Souvent ➤ Jamais	How often? ➤ Constantly ➤ Often ➤ Never
Votre poids actuel ?	Your current weight
Votre taille	Your height

8 / Have you already been vaccinated ?



<i>Français</i>	<i>Anglais</i>
Avez-vous été vacciné comme la tuberculose (BCG) ? OUI/NON	Have you been vaccinated against tuberculosis (BCG)? YES/NO
Si oui quand ? <ul style="list-style-type: none"> ➤ Dans l'enfance ➤ Adolescent ➤ Adulte 	If yes, when? <ul style="list-style-type: none"> ➤ Childhood ➤ Adolescent ➤ Adult
Avez-vous une trace vaccinale ?	Do you have proof of your vaccination?
Avez-vous un carnet de santé ?	Do you have a health record booklet?
Acceptez-vous un RDV en centre de vaccination pour remise à jour les vaccins recommandés (diphtérie, tétanos, rougeole, rubéole....)	Would you accept an appointment at a vaccination center in order to update your recommended vaccines (diphtheria, tetanus, measles, rubella, etc.)?

9 / Have you already carried out of tuberculosis screening ?



<i>Français</i>	<i>Anglais</i>
Une radiographie des poumons ?	An x-ray of your lungs?
Un test immunologique ?	An immunological test?
Quand ? <ul style="list-style-type: none">➤ Il y a moins de 6 mois➤ Il y a plus de 6 mois	When? <ul style="list-style-type: none">➤ Less than 6 months ago➤ More than 6 months ago
Où ? <ul style="list-style-type: none">➤ En France➤ Dans un autre pays	Where? <ul style="list-style-type: none">➤ In France➤ In another country
Etes-vous d'accord pour réaliser ce dépistage aujourd'hui ?	Do you agree to this screening today?

NOUS CONTACTER

Centre Fédératif de Prévention et de Dépistage de la Mayenne (CFPD 53)
Comité de Lutte Anti-Tuberculeux (CLAT)
33 rue du Haut-Rocher / CS 915235 / 53015 LAVAL cedex

Secrétariat CFPD : 02 43 66 50 55
Courriel : clat53@chlaval.fr
www.chlaval.fr