



# Dépistage tuberculose

## Guide d'entretien

Français/Dari



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

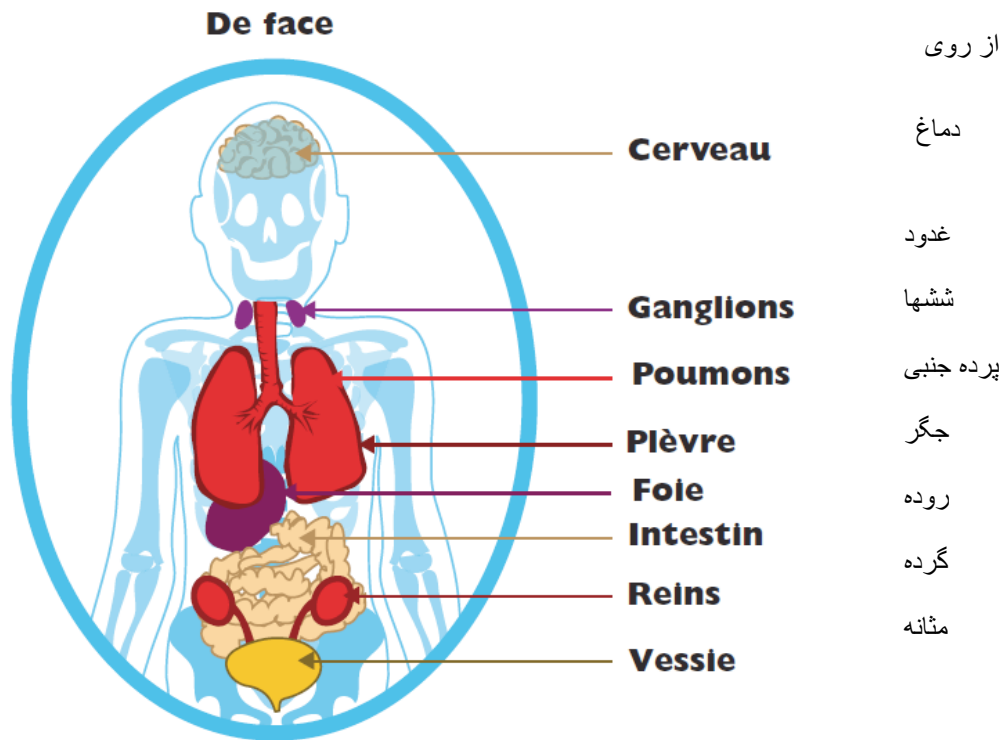


Français	فرانسوی
Pouvez-vous m'écrire votre NOM et Prénom ?	آیا می توانید نام و نام خانوادگی خود را بنویسید؟
Pouvez-vous me donner votre date de naissance ?	آیا می توانید تاریخ تولد تانرا به من بدهید؟
Où vivez-vous actuellement ?	فعلاً در کجا زندگی میکنید؟
Quel est votre numéro de téléphone portable ?	شماره تلفن موبایل شما چیست؟
Avez-vous un médecin traitant en France ?	آیا شما داکتر همیشه در فرانسه دارید؟
De quel pays êtes-vous originaire ?	اصلاً از کدام کشور هستید؟
Depuis quand avez-vous quitté votre pays ?	از چه زمانی کشور را ترک کردید؟
Depuis quand êtes-vous en France ?	از چه زمانی در فرانسه هستید؟
Depuis quand êtes-vous en Mayenne ?	از چه زمانی در شهر له مابین هستید؟
Comment êtes-vous venu en France (avion, bateau, train, bus, à pieds....) ?	از چه طریق به فرانسه آمده اید (هواپیما، قایق، قطار، اتوبوس، پیاده...)?
Quel(s) pays avez-vous traversé(s)	از کدام کشور (ها) رد شده اید؟
Avez-vous subi des violences lors de ce parcours ?	آیا در طول این سفر خشونت را تجربه کرده اید؟



Français	فرانسوی
Avez-vous déjà été en contact avec quelqu'un ayant une tuberculose maladie ? OUI/NON	آیا تا به حال با کسی که مبتلا به بیماری سل بوده تماس گرفته اید؟ بلی/ نه.
Avez-vous déjà été en contact avec quelqu'un qui tousse ? OUI/NON	آیا تا به حال با کسی که سرفه میکند ارتباط برقرار کرده اید؟ بلی/ نه.
Quand ? ➤ Dans quelle circonstance ? (parents, amis, au travail, à l'école, en France, dans votre pays)	چه وقت؟ ➤ در چه موارد؟ (والدین، دوستان، در محل کار، در مکتب، در فرانسه، در کشور خود)
Vos contacts avec cette personne étaient : ➤ Prolongés ➤ Répétés ➤ Etroits ➤ Fréquents ➤ Dans un espace confiné	تماس شما با این شخص عبارت بود از: ➤ تمدید شده ➤ مکرر ➤ سطحی ➤ اکثراً ➤ در یک فضای محدود
Pendant combien de temps avez-vous été en contact avec cette personne ?	با این شخص تماس شما چقدر مدت طول کشید؟

# وضعیت صحت شما/3



Français	فرانسوی
<p>Avez-vous des problèmes de santé ? OUI/NON</p>	<p>آیا مشکلات صحت دارید؟ بلی / نه.</p>
<p>Maladie connue :</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>➤ Diabète</li> <li>➤ Problème rénale</li> <li>➤ Affection hépatique</li> <li>➤ Affection respiratoire</li> <li>➤ Immunodépression</li> <li>➤ Opération</li> </ul>	<p>بیماری شناخته شده:</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>➤ دیابت</li> <li>➤ مشکل گرده</li> <li>➤ بیماری کبد</li> <li>➤ بیماری تنفسی</li> <li>➤ بیماری سیستم ایمنی</li> <li>➤ عملیات</li> </ul>
<p>Avez-vous des douleurs ?</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>➤ Où ?</li> <li>➤ Quand ?</li> </ul> <div style="text-align: center;"> <p>Échelle de la douleur</p> </div>	<p>آیا درد دارید؟</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>➤ در کجا؟</li> <li>➤ چه وقت؟</li> </ul> <div style="text-align: center;"> <p>گراف درد</p> </div>



Français	فرانسوی
Prenez-vous des médicaments ? OUI/NON	آیا دوا مصرف می کنید؟ بلی/ نه.
Quand ? ➤ Tous les matins ➤ Tous les midis ➤ Tous les soirs ➤ Pour dormir	چه وقت؟ ➤ هر صبح ➤ هر چاشت ➤ هر شب ➤ برای خواب
Seulement en cas de besoin (douleur, fièvre...)	فقط در صورت نیاز (درد، تب ...)
Depuis combien de temps ?	از چه مدت بدینسو؟
Date du début de la prise	تاریخ شروع مصرف
Quel traitement : ➤ Corticoïde ➤ Antibiotique ➤ Antalgique ➤ Traitement de substitution ➤ Autres	چه درمانی: ➤ کورتیکوئید ➤ آنتی بیوتیک ➤ آنتالژیک ➤ درمان جایگزینی ➤ دیگر



Français	فرانسوی
<p>Consommez-vous tous les jours :</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>➤ De l'alcool</li> <li>➤ Du tabac</li> <li>➤ Du cannabis</li> <li>➤ Des médicaments</li> <li>➤ Drogues (héroïne, cocaïne....)</li> </ul>	<p>آیا هر روز مصرف میکنید؟</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>➤ الکل</li> <li>➤ تنباکو</li> <li>➤ چرس</li> <li>➤ دواها</li> <li>➤ مواد مخدر (هروئین، کوکائین...)</li> </ul>
<p>En quelle quantité ?</p>	<p>چقدر؟</p>

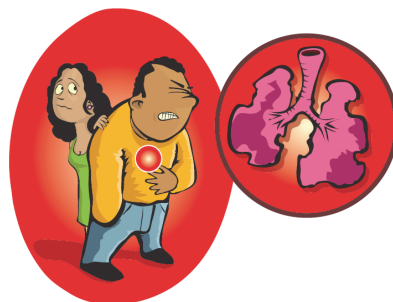




Français	فرانسوی
Etes-vous allergique ? OUI/NON	آیا حساسیت دارید؟ بلی/ نه.
Quel(s) allergène(s) : <ul style="list-style-type: none"> <li>➤ Pollen</li> <li>➤ Poussière</li> <li>➤ Poils d'animaux</li> <li>➤ Antibiotique</li> <li>➤ Quinine</li> <li>➤ Médicaments</li> <li>➤ Fruits à coque</li> <li>➤ Sparadrap</li> <li>➤ Laitage</li> <li>➤ Fruit/légume</li> <li>➤ Poisson/viande</li> <li>➤ Œufs</li> <li>➤ Autre</li> </ul>	کدام حساسیت (ها) را دارید: <ul style="list-style-type: none"> <li>➤ لقاح</li> <li>➤ خاک</li> <li>➤ موهای حیوان</li> <li>➤ آنتی بیوتیک</li> <li>➤ کینین (ماده دارویی برای تب و تسکین درد)</li> <li>➤ دواها</li> <li>➤ میوه های خسته دار</li> <li>➤ گچ</li> <li>➤ مواد حاوی شیر</li> <li>➤ میوه / سبزی</li> <li>➤ ماهی / گوشت</li> <li>➤ تخم مرغ</li> <li>➤ بقیه</li> </ul>



# آیا یکی از این علائم کلینیکی را دارید؟/7



Français	فرانسوی
Avez-vous l'un de ces symptômes ? OUI/NON	آیا یکی از این علائم را دارید؟ بلی/ نه.
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)	کدام (ها): سرفه، از دست دادن اشتها، از دست دادن وزن، خستگی شدید، درد قفسه سینه، بلغم، سرفه کردن خون، تب، عرق شبانه فراوان (که شما را مجبور می کند خود را تغییر دهید)
Depuis combien de temps ? ➤ 1 semaine ➤ 1 mois ➤ 3 mois ➤ Plus de 3 mois	از چه مدت بدینسو؟ ➤ 1 هفته ➤ 1 ماه ➤ سه ماه ➤ بیش از 3 ماه
A quelle fréquence ? ➤ Constamment ➤ Souvent ➤ Jamais	چند بار؟ ➤ پشت سر هم ➤ اغلب ➤ هیچوقت
Votre poids actuel ?	وزن فعلی شما؟
Votre taille	قد شما

# آیا تا به حال واکسین شده اید؟/8



Français	فرانسوی
Avez-vous été vacciné comme la tuberculose (BCG) ?  OUI/NON	آیا شما واکسین شده اید مثلاً در مقابل سل ریوی (BCG) ؟ بلی/ نه.
Si oui quand ? ➤ Dans l'enfance ➤ Adolescent ➤ Adulte	اگر بلی چه وقت؟ ➤ در دوران کودکی ➤ نوجوانی ➤ بالغ
Avez-vous une trace vaccinale ?	آیا شما یک ردیابی واکسیناسیون دارید؟
Avez-vous un carnet de santé ?	آیا شما یک کتابچه صحت دارید؟
Acceptez-vous un RDV en centre de vaccination pour remise à jour les vaccins recommandés (diphthérie, tétanos, rougeole, rubéole....)	آیا قبول دارید تا یک قرار ملاقات در یک مرکز واکسیناسیون برای به روز رسانی واکسن های توصیه شده (دیفتری، تیتانوس، سرخکان، چیچک ...) برایتان داده شود؟

# آیا تا به حال برای سل یا توبرکلوز آزمایش داده اید؟/9



Français	فرانسوی
Une radiographie des poumons ?	رادیوگرافی ششها؟
Un test immunologique ?	یک آزمایش ایمنی؟
Quand ? <ul style="list-style-type: none"><li>➤ Il y a moins de 6 mois</li><li>➤ Il y a plus de 6 mois</li></ul>	چه وقت؟ <ul style="list-style-type: none"><li>➤ کمتر از 6 ماه پیش</li><li>➤ بیش از 6 ماه پیش</li></ul>
Où ? <ul style="list-style-type: none"><li>➤ En France</li><li>➤ Dans un autre pays</li></ul>	در کجا؟ <ul style="list-style-type: none"><li>➤ در فرانسه.</li><li>➤ در یک کشور دیگر</li></ul>
Etes-vous d'accord pour réaliser ce dépistage aujourd'hui ?	آیا امروز به این آزمایش ریشه یابی موافقت میکنید؟

## 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](mailto:clat53@chlaval.fr)  
[www.chlaval.fr](http://www.chlaval.fr)