



# Dépistage tuberculose

## Guide d'entretien

франц / монгол  
**Français/Mongol**



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 :

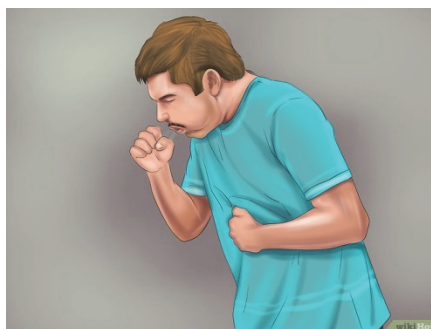
- > Anglais
- > Arabe
- > Azéri
- > Bengali
- > Dari
- > Espagnol
- > Pachto
- > Portugais
- > Russe
- > Somali
- > Albanais
- > Chinois
- > Mongol

# 1/Таны сууршин шилжилт, аялал



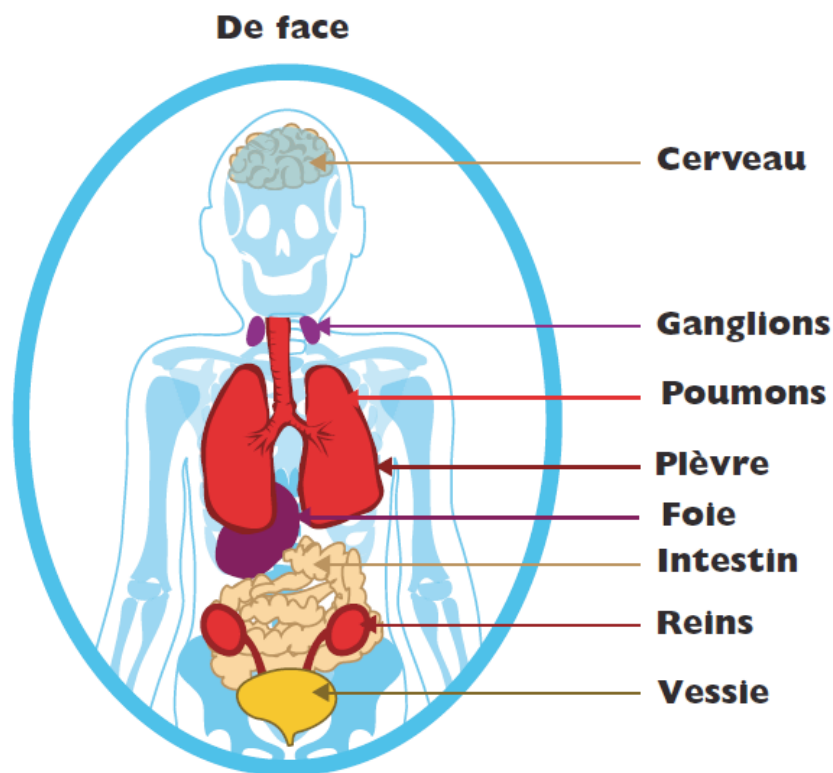
Français	Mongol
Pouvez-vous m'écrire votre NOM et Prénom ?	Та өөрийн ОВОГ нэрийг бичнэ үү?
Pouvez-vous me donner votre date de naissance ?	Та өөрийн төрсөн огноог өгнө үү?
Où vivez-vous actuellement ?	Та одоо хаана амьдардаг вэ ?
Quel est votre numéro de téléphone portable ?	Таны гар утасны дугаар хэд вэ?
Avez-vous un médecin traitant en France ?	Та Францад өрхийн эмчтэй болсон үү ?
De quel pays êtes-vous originaire ?	Та ямар улсаас ирсэн бэ ?
Depuis quand avez-vous quitté votre pays ?	Та хэзээ эх орноосоо гарсан бэ ?
Depuis quand êtes-vous en France ?	Та Францад хэзээ ирсэн бэ ?
Depuis quand êtes-vous en Mayenne ?	Та Mayenne -д хэзээ ирсэн бэ?
Comment êtes-vous venu en France (avion, bateau, train, bus, à pieds....) ?	Та Францад хэрхэн ирсэн бэ ? (онгоц, усан онгоц, галт тэрэг, автобус, явган ...)
Quel(s) pays avez-vous traversé(s)?	Та ямар улс(үүд)аар дайрж ирсэн бэ ?
Avez-vous subi des violences lors de ce parcours ?	Та энэ аялалын үеэр хүчирхийлэлд өртсөн үү?

# 2/Сүрьеэгийн халдваржилт



Français	Mongol
Avez-vous déjà été en contact avec quelqu'un ayant une tuberculose maladie ? OUI/NON	Сүрьеэ өвчтэй хүнтэй ойр байсан уу ? Тийм / Үгүй
Avez-vous déjà été en contact avec quelqu'un qui tousse ? OUI/NON	Ханиалгаж буй хэн нэгэнтэй ойр байсан уу ? Тийм / Үгүй
Quand ? ➤ Dans quelle circonstance ? (parents, amis, au travail, à l'école, en France, dans votre pays)	Хэзээ ? ➤ Ямар нөхцөлд? (эцэг эх, найз нөхөд, ажил, сургууль дээр, Франц улсад, эх орондоо)
Vos contacts avec cette personne étaient : ➤ Prolongés ➤ Répétés ➤ Etroits ➤ Fréquents ➤ Dans un espace confiné	Энэ хүнтэй харилцах харьцаа нь : ➤ Удаан хугацаанд ➤ Хэд хэдэн удаа ➤ Ойр дотно ➤ Байнга ➤ Хязгаарлагдмал орон зайд
Pendant combien de temps avez-vous été en contact avec cette personne ?	Энэ хүнтэй хэр удаан холбоотой байсан бэ ?

# 3/Таны биеийн байдал



Français	Mongol
<p>Avez-vous des problèmes de santé ? OUI/NON</p>	<p>Та ямар нэгэн эмгэгтэй юу? Тийм / Үгүй</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>Өвчин эмгэг :</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>➤ Чихрийн шижин</li> <li>➤ Бөөрний өвчин</li> <li>➤ Элэгний өвчин</li> <li>➤ Амьсгалын замын өвчин</li> <li>➤ Дархлаа сулрах</li> <li>➤ Мэс засал</li> </ul>
<p>Avez-vous des douleurs ?</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>➤ Où ?</li> <li>➤ Quand ?</li> </ul> <div data-bbox="284 1720 651 1921" style="text-align: center;"> <p>Échelle de la douleur</p> </div>	<p>Танд өвдөлт байна уу ?</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>➤ Хаана ?</li> <li>➤ Хэзээ ?</li> </ul> <div data-bbox="882 1720 1249 1921" style="text-align: center;"> <p>Échelle de la douleur</p> </div> <p style="text-align: center;">Өвдөлтийн зэрэг</p>

# 4/Эмчилгээ хийлгэж байна уу?



Français	Mongol
Prenez-vous des médicaments ? OUI/NON	Та эм үүж байгаа юу ? Тийм / Үгүй
Quand ? <ul style="list-style-type: none"> <li>➤ Tous les matins</li> <li>➤ Tous les midis</li> <li>➤ Tous les soirs</li> <li>➤ Pour dormir</li> </ul>	Хэзээ? <ul style="list-style-type: none"> <li>➤ Өглөө бүр</li> <li>➤ Үдийн хоолны үеэр</li> <li>➤ Орой бүр</li> <li>➤ Нойрны эм</li> </ul>
Seulement en cas de besoin (douleur, fièvre...)	Зөвхөн хэрэгцээтэй үед (өвдөлт, халууралт ...)
Depuis combien de temps ?	Хэр удаан эмчилгээ хийгдэж байна вэ ?
Date du début de la prise	Эмчилгээ эхэлсэн огноо
Quel traitement : <ul style="list-style-type: none"> <li>➤ Corticoïde</li> <li>➤ Antibiotique</li> <li>➤ Antalgique</li> <li>➤ Traitement de substitution</li> <li>➤ Autres</li> </ul>	Ямар эмчилгээ: <ul style="list-style-type: none"> <li>➤ Кортикостероид</li> <li>➤ Антибиотик</li> <li>➤ Өвчин намдаагч</li> <li>➤ Орлуулах эмчилгээ</li> <li>➤ Бусад</li> </ul>

# 5/ДОНТОХ ӨВЧИН?



Français	Mongol
Consommez-vous tous les jours : <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>	Та өдөр бүр хэрэглэдэг үү ? <ul style="list-style-type: none"><li>➤ Архи</li><li>➤ Тамхи</li><li>➤ Каннабис</li><li>➤ Мансууруулах эм</li><li>➤ Мансуурах бодис (героин, кокаин ...)</li></ul>
En quelle quantité ?	Хэр их ?



Français	Mongol
Etes-vous allergique ? OUI/NON	Та харшилтай юу ? Тийм / Үгүй
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>	Ямар төрлийн харшил : <ul style="list-style-type: none"> <li>➤ Тоосонцор</li> <li>➤ Тоос</li> <li>➤ Амьтны үс</li> <li>➤ Антибиотик</li> <li>➤ Хинин</li> <li>➤ Эм</li> <li>➤ Самар</li> <li>➤ Лент</li> <li>➤ Сүү сүүн бүтээгдэхүүн</li> <li>➤ Жимс / ногоо</li> <li>➤ Загас / мах</li> <li>➤ Өндөг</li> <li>➤ Бусад</li> </ul>



# 7/ Танд эдгээр эмнэл зүйн шинж тэмдгүүдээс аль нь байна вэ?



Français	Mongol
Avez-vous l'un de ces symptômes ? OUI/NON	Эдгээр шинж тэмдгүүдийн аль нэг нь танд байна уу ? Тийм / Үгүй
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)	Үүнд : Ханиалга, хоолны дуршил буурах, турах, ядрах, цээжээр өвдөх, нулимах, цусаар ханиалгах, халуурах, шөнө нортлоо хөлрөх (нэвчиртлээ хөлөрч хувцсаа сольтлоо хөлрөх)
Depuis combien de temps ? ➤ 1 semaine ➤ 1 mois ➤ 3 mois ➤ Plus de 3 mois	Хэр удаан хугацаагаар ? ➤ долоо хоног ➤ 1 сар ➤ 3 сар ➤ 3 сараас дээш хугацаанд
A quelle fréquence ? ➤ Constamment ➤ Souvent ➤ Jamais	Хэдэн удаа ? ➤ Тогтмол ➤ Ихэнхдээ ➤ Хэзээ ч үгүй
Votre poids actuel ?	Таны биеийн жин ?
Votre taille	Таны биеийн өндөр?

# 8/ Вакцин тариулж байсан уу ?



Français	Mongol
Avez-vous été vacciné comme la tuberculose (BCG) ? OUI/NON	Та сүрьеэгийн вакцин хийлгэсэн үү ? Тийм / Үгүй
Si oui quand ? <ul style="list-style-type: none"><li>➤ Dans l'enfance</li><li>➤ Adolescent</li><li>➤ Adulte</li></ul>	Хэрэв тийм бол хэзээ ? <ul style="list-style-type: none"><li>➤ Бага насанд</li><li>➤ өсвөр насанд</li><li>➤ Насанд хүрээд</li></ul>
Avez-vous une trace vaccinale ?	Танд вакцины сорви бий юу ?
Avez-vous un carnet de santé ?	Танд эрүүл мэндийн дэвтэр байгаа юу ?
Acceptez-vous un RDV en centre de vaccination pour remise à jour les vaccins recommandés (diphtérie, tétanos, rougeole, rubéole...)	Вакцинжуулалтын төвд санал болгож буй дахин вакцинжуулалтанд хамрагдахаар цаг авах уу ? (сахуу, улаан хоолой, улаан бурхан, улаан түүралт ...)

# 9/ Сүрьеэ өвчний шинжилгээ хийлгэж байсан уу ?



Français	Mongol
Une radiographie des poumons ?	Уушигны рентген зураг ?
Un test immunologique ?	Дархлааны сорил ?
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>	Хэзээ ? <ul style="list-style-type: none"><li>➤ 6 сараас ихгүй</li><li>➤ 6 сараас дээш</li></ul>
Où ? <ul style="list-style-type: none"><li>➤ En France</li><li>➤ Dans un autre pays</li></ul>	Хаана? <ul style="list-style-type: none"><li>➤ Францад</li><li>➤ Өөр улсад</li></ul>
Etes-vous d'accord pour réaliser ce dépistage aujourd'hui ?	Та өнөөдөр энэ шинжилгээг хийлгэхийг зөвшөөрч байна уу ?

## 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)