



# Dépistage tuberculose

## Guide d'entretien

Francês/Português



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 :

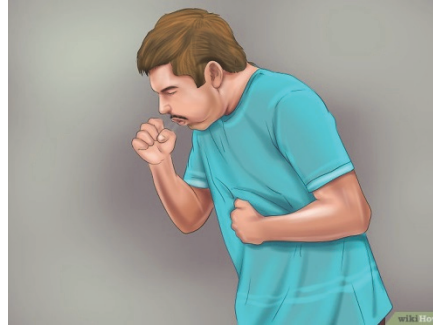
- > Anglais
- > Arabe
- > Azéri
- > Bengali
- > Dari
- > Espagnol
- > Pachto
- > Portugais
- > Russe
- > Somali
- > Albanais
- > Chinois
- > Mongol

# 1 / A sua viagem migratória



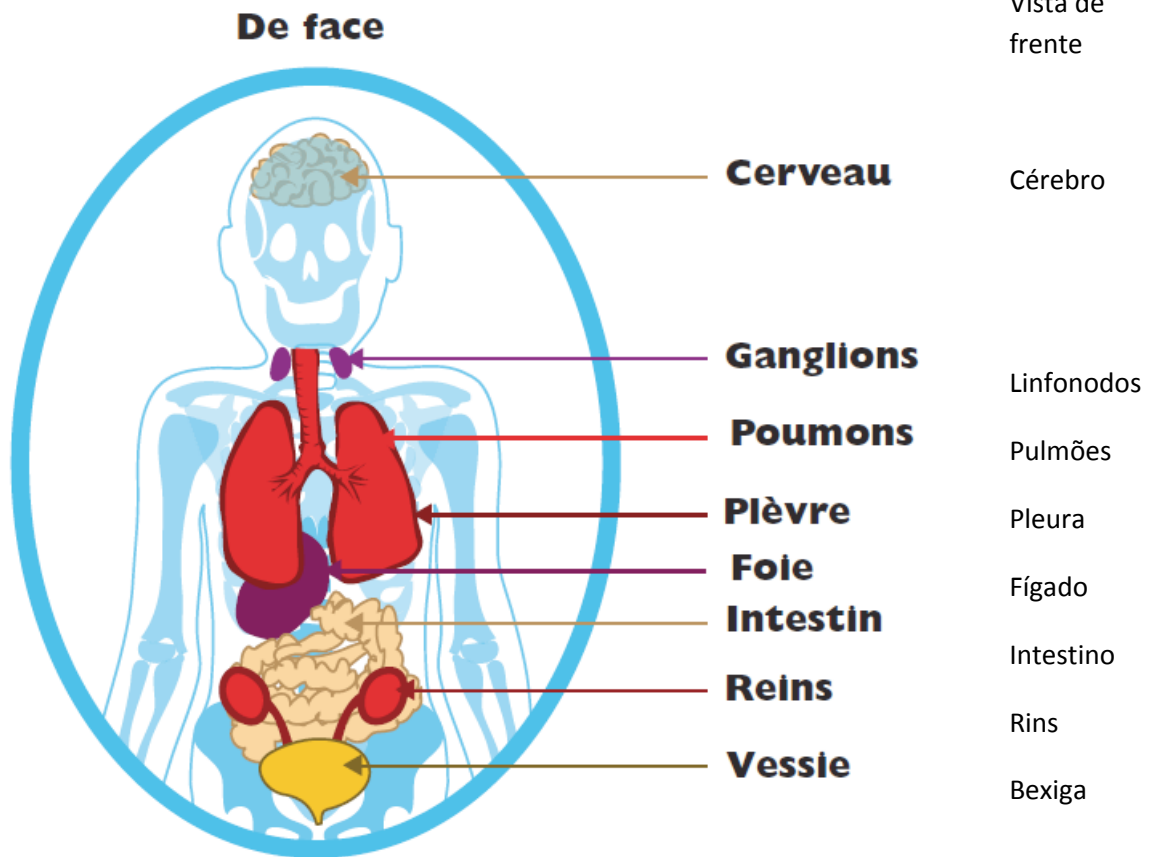
Français	Portugais
Pouvez-vous m'écrire votre NOM et Prénom ?	Poderia escrever o seu nome e APELIDO por favor?
Pouvez-vous me donner votre date de naissance ?	Pode me dar a sua data de nascimento, por favor?
Où vivez-vous actuellement ?	Onde está a viver actualmente?
Quel est votre numéro de téléphone portable ?	Qual é o seu número de telefone?
Avez-vous un médecin traitant en France ?	Tem médico de família em França?
De quel pays êtes-vous originaire ?	Qual é o seu país de origem?
Depuis quand avez-vous quitté votre pays ?	Quando saiu de seu país?
Depuis quand êtes-vous en France ?	A quanto tempo que está em França?
Depuis quand êtes-vous en Mayenne ?	A quanto tempo que está em Mayenne?
Comment êtes-vous venu en France (avion, bateau, train, bus, à pieds....) ?	Como é que viajou para a França (avião, barco, comboio, autocarro, a pé...)?
Quel(s) pays avez-vous traversé(s)	Que países atravessou?
Avez-vous subi des violences lors de ce parcours ?	Foi vítima de violências durante a viagem?

## 2/Contagem de tuberculose?



Français	Portugais
Avez-vous déjà été en contact avec quelqu'un ayant une tuberculose maladie ? OUI/NON	Será que já foi em contacto com alguém que tinha a doença da tuberculose? SIM/NÃO
Avez-vous déjà été en contact avec quelqu'un qui tousse ? OUI/NON	Já foi em contacto com alguém que tossia? SIM/NÃO
Quand ? ➤ Dans quelle circonstance ? (parents, amis, au travail, à l'école, en France, dans votre pays)	Quando? ➤ Em que circunstâncias? (Pais, amigos, no trabalho, em França, no seu país)
Vos contacts avec cette personne étaient : ➤ Prolongés ➤ Répétés ➤ Etroits ➤ Fréquents ➤ Dans un espace confiné	Os seus contactos com essa pessoa eram: ➤ prolongados ➤ repetidos ➤ estreitos ➤ frequentes ➤ num espaço confinado
Pendant combien de temps avez-vous été en contact avec cette personne ?	Por quanto tempo foi em contacto com essa pessoa?

# 3/ O seu estado de saúde



Français	Portugais
Avez-vous des problèmes de santé ? OUI/NON	Tem problemas de saúde? SIM/NÃO
Maladie connue : <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>	Doença conhecida: <ul style="list-style-type: none"> <li>➤ Diabetes</li> <li>➤ Problema renal</li> <li>➤ Doença hepática</li> <li>➤ Doença respiratória</li> <li>➤ Imunodepressão</li> <li>➤ Operação</li> </ul>
Avez-vous des douleurs ? <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>	Tem dores? <ul style="list-style-type: none"> <li>➤ Aonde?</li> <li>➤ Quando?</li> </ul> <div style="text-align: center;"> <p>Escala de medida da dor</p> </div>

# 4/Tratamento medical actual?



Français	Portugais
Prenez-vous des médicaments ? OUI/NON	Tome medicação? SIM/NÃO
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>	Quando? <ul style="list-style-type: none"> <li>➤ De manhã?</li> <li>➤ Ao meio-dia</li> <li>➤ À noite?</li> <li>➤ Para dormir?</li> </ul>
Seulement en cas de besoin (douleur, fièvre...)	Somente em caso de necessidade (dores, febre,...)
Depuis combien de temps ?	Há quanto tempo?
Date du début de la prise	Data do início do tratamento
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>	Que tratamento: <ul style="list-style-type: none"> <li>➤ Corticosteróide</li> <li>➤ Antibiótico</li> <li>➤ Analgésico</li> <li>➤ Tratamento de substituição</li> <li>➤ Outro</li> </ul>

# 5/Vícios?



Français	Portugais
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>	Consome todos os dias: <ul style="list-style-type: none"><li>➤ Álcool</li><li>➤ Tabaco</li><li>➤ Canábis</li><li>➤ Medicamentos</li><li>➤ Drogas (heroína, cocaína...)</li></ul>
En quelle quantité ?	Que quantidade?

# 6/ Alergias?



Français	Portugais
Etes-vous allergique ? OUI/NON	È alérgica? SIM/NÃO
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>	Que alergia? <ul style="list-style-type: none"> <li>➤ Pólen</li> <li>➤ Pó</li> <li>➤ Pelos de animais</li> <li>➤ Antibiótico</li> <li>➤ Quinino</li> <li>➤ Medicamentos</li> <li>➤ Frutos de casca</li> <li>➤ Adesivo</li> <li>➤ Leite e produtos lácteos</li> <li>➤ Frutos/legumes</li> <li>➤ Peixe/carne</li> <li>➤ Ovos</li> <li>➤ Outros</li> </ul>



# 7/Será que tem uns desses sinais clínicos



Français	Portugais
Avez-vous l'un de ces symptômes ? OUI/NON	Será que tem uns desses sintomas? SIM/NÃO
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)	Qual (quais): Tosse, redução do apetite, perda de peso, cansaço extremo, dores no peito, expectoração, cuspe de sangue, febre, suor noturno abundante (que constringe você a mudar de roupa)
Depuis combien de temps ? ➤ 1 semaine ➤ 1 mois ➤ 3 mois ➤ Plus de 3 mois	Há quanto tempo? ➤ 1 semana ➤ 1 mês ➤ 3 meses ➤ Mais de 3 meses
A quelle fréquence ? ➤ Constantment ➤ Souvent ➤ Jamais	Com que frequência? ➤ Constantemente ➤ Frequentemente ➤ Nunca
Votre poids actuel ?	Seu peso actual?
Votre taille	Sua altura

# 8/ Jà foi vacinado(a)?



Français	Portugais
Avez-vous été vacciné comme la tuberculose (BCG) ?  OUI/NON	Fez a vacina contra a tuberculose (BCG)?  SIM/NÃO
Si oui quand ? <ul style="list-style-type: none"><li>➤ Dans l'enfance</li><li>➤ Adolescent</li><li>➤ Adulte</li></ul>	Se já fez, quando? <ul style="list-style-type: none"><li>➤ Quando criança</li><li>➤ Na adolescência</li><li>➤ Quando adulto</li></ul>
Avez-vous une trace vaccinale ?	Tem a marca da vacina?
Avez-vous un carnet de santé ?	Tem um cartão de saúde?
Acceptez-vous un RDV en centre de vaccination pour remise à jour les vaccins recommandés (diphtérie, tétanos, rougeole, rubéole....)	Aceitaria de marcar uma consulta num centro de vacinação para actualizar as vacinas recomendadas (difteria, tétano, sarampo, rubéola ...)

# 9/ Já fez um teste de despistagem da tuberculose?



Français	Portugais
Une radiographie des poumons ?	Uma radiografia dos pulmões?
Un test immunologique ?	Um teste imunológico?
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>	Quando? <ul style="list-style-type: none"><li>➤ Há menos de 6 meses</li><li>➤ Há mais de 6 meses</li></ul>
Où ? <ul style="list-style-type: none"><li>➤ En France</li><li>➤ Dans un autre pays</li></ul>	Aonde? <ul style="list-style-type: none"><li>➤ Em França</li><li>➤ Noutro país</li></ul>
Etes-vous d'accord pour réaliser ce dépistage aujourd'hui ?	Aceita realizar este teste de despistagem hoje?

## 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)