



Dépistage tuberculose

Guide d'entretien

Francés / Español



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 :

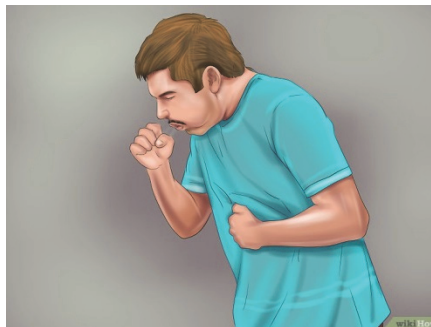
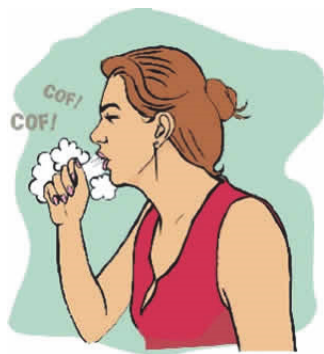
- > Anglais
- > Arabe
- > Azéri
- > Bengali
- > Dari
- > Espagnol
- > Pachto
- > Portugais
- > Russe
- > Somali
- > Albanais
- > Chinois
- > Mongol

1/ Su recorrido migratorio



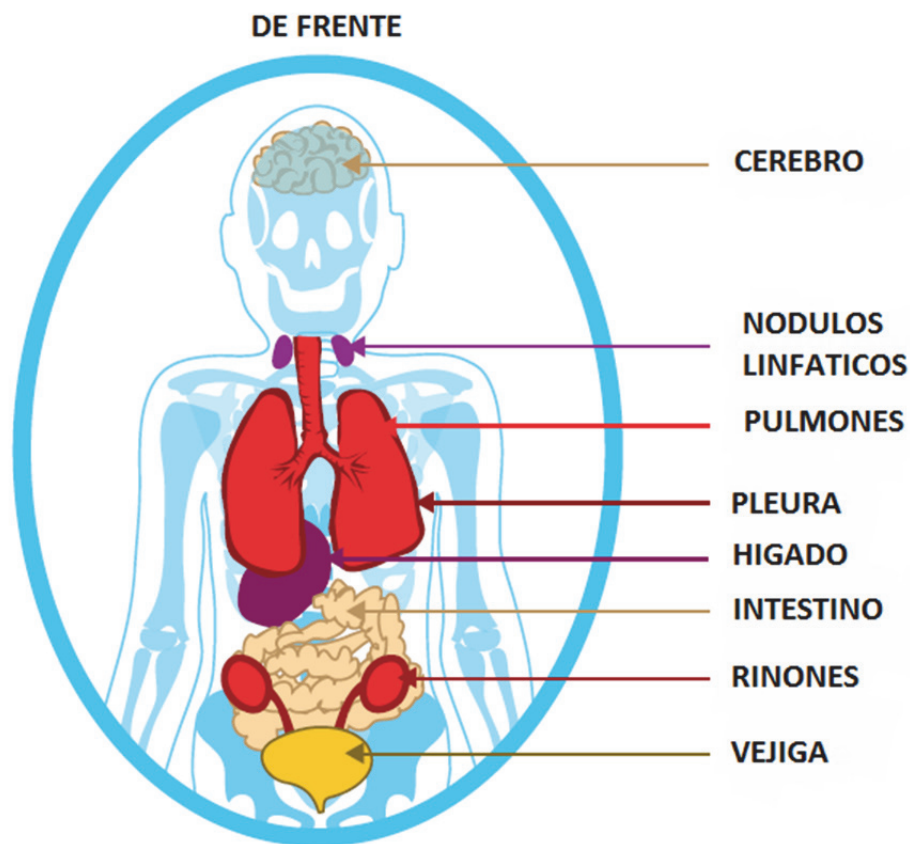
Français	Espagnol
Pouvez-vous m'écrire votre NOM et Prénom ?	¿Puede escribirme su APELLIDO y su nombre?
Pouvez-vous me donner votre date de naissance ?	¿Cuál es su fecha de nacimiento?
Où vivez-vous actuellement ?	¿Dónde vive actualmente?
Quel est votre numéro de téléphone portable ?	¿Cuál es su número de teléfono móvil?
Avez-vous un médecin traitant en France ?	¿Tiene un médico de cabecera en Francia?
De quel pays êtes-vous originaire ?	¿De qué país procede?
Depuis quand avez-vous quitté votre pays ?	¿Desde cuándo se fue de su país?
Depuis quand êtes-vous en France ?	¿Cuánto tiempo lleva en Francia?
Depuis quand êtes-vous en Mayenne ?	¿Cuánto tiempo lleva en Mayenne?
Comment êtes-vous venu en France (avion, bateau, train, bus, à pieds....) ?	¿Cómo llegó en Francia (avión, barco, tren, autobús, a pie...)?
Quel(s) pays avez-vous traversé(s)	¿Qué país(es) atravesó?
Avez-vous subi des violences lors de ce parcours ?	¿Sufrió violencias durante su recorrido?

2/¿Chequeo tuberculosis?



Français	Espagnol
Avez-vous déjà été en contact avec quelqu'un ayant une tuberculose maladie ? OUI/NON	¿Ha estado alguna vez en contacto con alguien que tenía tuberculosis? SI/NO
Avez-vous déjà été en contact avec quelqu'un qui tousse ? OUI/NON	¿Ha estado alguna vez en contacto con alguien que tosía? SI/NO
Quand ? ➤ Dans quelle circonstance ? (parents, amis, au travail, à l'école, en France, dans votre pays)	¿Cuándo? ➤ ¿En qué circunstancia? (parientes, amigos, en el trabajo, en la escuela, en Francia, en su país)
Vos contacts avec cette personne étaient : ➤ Prolongés ➤ Répétés ➤ Etroits ➤ Fréquents ➤ Dans un espace confiné	Sus contactos con esta persona eran: ➤ Prolongados ➤ Repetidos ➤ Estrechos ➤ Frecuentes ➤ En un espacio reducido
Pendant combien de temps avez-vous été en contact avec cette personne ?	¿Durante cuánto tiempo ha estado en contacto con esta persona?

3/ Su estado de salud



Français	Espagnol
Avez-vous des problèmes de santé ? OUI/NON	¿Tiene problemas de salud? SI/NO
Maladie connue : <ul style="list-style-type: none"> ➤ Diabète ➤ Problème rénale ➤ Affection hépatique ➤ Affection respiratoire ➤ Immunodépression ➤ Opération 	Enfermedad conocida: <ul style="list-style-type: none"> ➤ Diabetes ➤ Problema renal ➤ Enfermedad hepática ➤ Enfermedad respiratoria ➤ Inmunodepresión ➤ Operación
Avez-vous des douleurs ? <ul style="list-style-type: none"> ➤ Où ? ➤ Quand ? <div style="text-align: center;"> <p>Échelle de la douleur</p> </div>	¿Le duele algo? <ul style="list-style-type: none"> ➤ ¿Dónde? ➤ ¿Cuándo? <div style="text-align: center;"> <p>ESCALA DE DOLOR</p> </div>

4/¿Tratamiento médico en curso?



Français	Espagnol
Prenez-vous des médicaments ? OUI/NON	¿Toma alguna medicación? SI/NO
Quand ? <ul style="list-style-type: none"> ➤ Tous les matins ➤ Tous les midis ➤ Tous les soirs ➤ Pour dormir 	¿Cuándo? <ul style="list-style-type: none"> ➤ Cada mañana ➤ Cada mediodía ➤ Cada noche ➤ Para dormir
Seulement en cas de besoin (douleur, fièvre...)	Sólo cuando es necesario (dolor, fiebre...)
Depuis combien de temps ?	¿Desde cuándo?
Date du début de la prise	Fecha de inicio de la toma del medicamento
Quel traitement : <ul style="list-style-type: none"> ➤ Corticoïde ➤ Antibiotique ➤ Antalgique ➤ Traitement de substitution ➤ Autres 	Qué tratamiento: <ul style="list-style-type: none"> ➤ Corticoide ➤ Antibiótico ➤ Analgésico ➤ Tratamiento de sustitución ➤ Otros

5/¿Adicciones?



Français	Espagnol
Consommez-vous tous les jours : <ul style="list-style-type: none">➤ De l'alcool➤ Du tabac➤ Du cannabis➤ Des médicaments➤ Drogues (héroïne, cocaïne....)	Consume cada día: <ul style="list-style-type: none">➤ alcohol➤ tabaco➤ cannabis➤ medicamentos➤ drogas (heroína, cocaína...)
En quelle quantité ?	¿En qué cantidad?

6/Alergias



Français	Espagnol
Etes-vous allergique ? OUI/NON	¿Es alérgico? SI/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 	Cual(es) alérgeno(s): <ul style="list-style-type: none"> ➤ Polen ➤ Polvo ➤ Pelos de animales ➤ Antibiótico ➤ Quinina ➤ Medicamentos ➤ Frutos de cascara ➤ Esparadrapo ➤ Lácteo ➤ Fruta/verdura ➤ Pescado/carne ➤ Huevos ➤ Otro

7/¿Tiene uno de estos signos clínicos?



Français	Espagnol
Avez-vous l'un de ces symptômes ? OUI/NON	¿Tiene uno de estos síntomas? SI/NO
Lequel(s): Toux, perte d'appétit, perte de poids, fatigue extrême, douleur thoracique, crachats, crachats de sang, fièvre, sueurs nocturnes profuses (qui vous obligent à vous changer)	Cual(es): Tos, pérdida de apetito, pérdida de peso, cansancio extremo, dolor de pecho, esputos, tos con sangre, fiebre, sudores nocturnos (que le obligan a cambiarse)
Depuis combien de temps ? ➤ 1 semaine ➤ 1 mois ➤ 3 mois ➤ Plus de 3 mois	¿Desde cuándo? ➤ 1 semana ➤ 1 mes ➤ 3 meses ➤ Más de 3 meses
A quelle fréquence ? ➤ Constamment ➤ Souvent ➤ Jamais	¿Con qué frecuencia? ➤ Constantemente ➤ A menudo ➤ Nunca
Votre poids actuel ?	¿Cuánto pesa?
Votre taille	¿Cuánto mide?

8/¿Alguna vez ha sido vacunado?



Français	Espagnol
Avez-vous été vacciné comme la tuberculose (BCG) ? OUI/NON	¿Ya ha sido vacunado contra la tuberculosis (BCG)? SI/NO
Si oui quand ? <ul style="list-style-type: none">➤ Dans l'enfance➤ Adolescent➤ Adulte	En caso afirmativo, ¿cuándo? <ul style="list-style-type: none">➤ En la infancia➤ Adolescente➤ Adulto
Avez-vous une trace vaccinale ?	¿Tiene una marca de la vacuna?
Avez-vous un carnet de santé ?	¿Tiene una cartilla de salud?
Acceptez-vous un RDV en centre de vaccination pour remise à jour les vaccins recommandés (diphtérie, tétanos, rougeole, rubéole....)	Acepta una cita en el centro de vacunación para actualizar las vacunas recomendadas (difteria, tétanos, sarampión, rubéola...)

9/ ¿Alguna vez ha realizado una prueba para la detección de la tuberculosis?



Français	Espagnol
Une radiographie des poumons ?	¿Una radiografía de los pulmones?
Un test immunologique ?	¿Una prueba inmunológica?
Quand ? <ul style="list-style-type: none"> ➤ Il y a moins de 6 mois ➤ Il y a plus de 6 mois 	¿Cuándo? <ul style="list-style-type: none"> ➤ Hace menos de 6 meses ➤ Hace más de 6 meses
Où ? <ul style="list-style-type: none"> ➤ En France ➤ Dans un autre pays 	¿Dónde? <ul style="list-style-type: none"> ➤ En Francia ➤ En otro país
Etes-vous d'accord pour réaliser ce dépistage aujourd'hui ?	¿Está usted de acuerdo para realizar esta prueba hoy?

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