



LIVRET DE LA COMMUNICATION

Arabe - كَتِّيب التَّوَاصل

المقدمة

المتعاونون الأعزاء ،

ستجدون في هذا الكتيب مجموعة من الأسئلة العملية للتواصل مع المرضى.
من أجل التغلب على حاجز اللغة ، سيسمح لك هذا الكتيب بالتبادل والفهم والتقييم والتشخيص دون أن تمثل اللغة عقبة.

أعزائي المرضى ،

ستجدون في هذا الكتيب مجموعة من الأسئلة / الإجابات لتسهيل تواصلكم مع طاقم التمريض.
كونوا مطمئنين أن الموظفين سيبدلون قصارى جهدهم لتقديم لكم رعاية صحية عالية الجودة ،
دون تمييز عرقي وجنسي ومهما كانت معتقداتكم الدينية أو الفلسفية.

جدول المحتويات

4	الهوية والعائلة ورقم الاتصال
6	التاريخ الطبي ، الحساسية ، الإدمان
10	العلاج الطبي
12	شكاوي
16	الآلام
18	جسم المرأة
19	جسم الرجل
20	النظام الغذائي
22	العبور المعوي, سلس البول
24	خطر السقوط
26	الاستقلال / الاعتماد
28	النظارات والأطراف الاصطناعية
30	الدين

FR 1. IDENTITÉ, FAMILLE, N° DE CONTACT



Pouvez-vous me dire votre nom, prénom et date de naissance ?

Confirmez-vous que les données reprises sur votre bracelet d'identité sont exactes ?

Oui

Non

Avez-vous une personne de référence parlant le français ?

Oui

Non

Si oui, pouvez-vous me donner son nom, prénom, lien de parenté, n° de téléphone ?

Avez-vous une personne de confiance que nous pourrions contacter en cas de besoin ?

Oui

Non

Si oui, pouvez-vous me donner son nom, prénom, lien de parenté, n° de téléphone ?

1. الهوية والعائلة ورقم الاتصال



هل يمكن أن تعطيني اسمك وشهرتك وتاريخ ميلادك؟

هل تؤكد صحة البيانات الموجودة على سوار الهوية الخاص بك؟

كلا

نعم

هل لديك شخص مرجعي يتحدث الفرنسية؟

كلا

نعم

إذا كانت الإجابة نعم ، هل يمكن أن تعطيني اسمه وشهرته، وصلة القرابة ، ورقم هاتفه؟

هل لديك شخص تتق به يمكننا الاتصال به إذا لزم الأمر؟

كلا

نعم

إذا كانت الإجابة نعم ، هل يمكن أن تعطيني اسمه وشهرته، وصلة القرابة ، ورقم هاتفه؟

2. ANTÉCÉDENTS MÉDICAUX, ALLERGIES, ASSUÉTUDES



Avez-vous des problèmes médicaux ?

Oui

Non

Si oui, lesquels ?

Diabétique 1	Hypertension artérielle 2	Problème de coeur 3	Problème respiratoire 4
Problème de thyroïde 5	Autre 6		

Avez-vous déjà subi une intervention chirurgicale ?

Oui

Non

Si oui, lesquelles ? (m'indiquer sur le mannequin)

Oui

Non

Avez-vous des allergies ?

Oui

Non

Si oui, lesquelles ?

Aspirine 1	Pénicilline 2	Iode 3	Poils, poussières, acariens 4	Autre 5
---------------	------------------	-----------	-------------------------------------	------------

2. التاريخ الطبي ، الحساسية والإدمان



هل لديك أي مشاكل طبية؟

نعم | كلا

إذا كانت الإجابة نعم ، أي منها؟

السكري	1	ارتفاع ضغط الدم	2	مشاكل القلب	3	مشاكل الجهاز التنفسي	4
مشاكل الغدة الدرقية	5	أو مشاكل أخرى	6				

هل سبق لك أن أجريت عملية جراحية؟

نعم | كلا

إذا كانت الإجابة نعم ، أي منها؟ (أشركني على النموذج)

نعم | كلا

هل لديك حساسية؟

نعم | كلا

إذا كانت الإجابة نعم ، أي منها؟

الأسبرين	1	البنسلين	2	اليود	3	الشعر، الغبار، القراديات	4	حساسية أخرى	5
----------	---	----------	---	-------	---	-----------------------------	---	-------------	---

Fumez-vous ?

Oui	Non
-----	-----

Si oui, combien de cigarettes par jour ?

1 à 5 /jours	1	5 à 10 /jours	2	Plus de 10 /jours	3
--------------	---	---------------	---	-------------------	---

Buvez-vous de l'alcool régulièrement ?

Oui	Non
-----	-----

Si oui, buvez-vous

1 à 3 verres d'alcool par jour	1	3 à 6 verres d'alcool par jour	2	Plus de 6 verres par jour	3
--------------------------------	---	--------------------------------	---	---------------------------	---

Consommez-vous une drogue ?

Oui	Non
-----	-----

Si oui, laquelle ?

Cannabis	1	Héroïne	2	Cocaine	3	Ecstasy	4	Amphétamine	5	LSD	6
----------	---	---------	---	---------	---	---------	---	-------------	---	-----	---

هل تدخن؟

نعم

كلا

إذا كانت الإجابة نعم ، كم سيجارة في اليوم؟

من 1 إلى 5 في اليوم 1 | من 5 إلى 10 في اليوم 2 | أكثر من 10 في اليوم 3

هل تشرب الكحول بانتظام؟

نعم

كلا

إذا كانت الإجابة نعم ، هل تشرب؟

من 1 إلى 3 أكواب من الكحول في اليوم 1 | من 3 إلى 6 أكواب من الكحول في اليوم 2 | أكثر من 6 أكواب في اليوم 3

هل تستخدم مخدرات؟

نعم

كلا

إذا كان الإجابة نعم أي نوع من المخدرات؟

القنب 1 | الهيروين 2 | الكوكايين 3 | اكستاسي 4 | أمفيتامين 5 | إل إس دي 6

3. TRAITEMENT MÉDICAMENTEUX



Avez-vous un traitement médicamenteux ?

Oui

Non

Si oui, lequel ?

AR 3. العلاج الطبي



هل تأخذ دواء ما؟

كلا

نعم

إذا كانت الإجابة نعم أي نوع من الدواء؟

4. PLAINTES



Avez-vous la sensation d'avoir froid ?

Oui

Non

Avez-vous la sensation d'avoir chaud ?

Oui

Non

Avez-vous des bouffées de chaleur ?

Oui

Non

Toussez-vous ?

Oui

Non

Si oui, comment est votre toux ?

Grasse 1

Sèche 2

Crachez-vous ?

Oui

Non



هل تشعر بالبرد؟

نعم

كلا

هل تشعر بالحر؟

نعم

كلا

هل تعاني من الهبات الساخنة؟

نعم

كلا

هل تسعل؟

نعم

كلا

إذا كانت الإجابة نعم ، كيف هو سعالك؟

سعال رطب 1

سعال جاف 2

هل تبصق؟

نعم

كلا

Si oui, comment sont vos crachats ?

Glaireux	1	Mousseux	2	Sanguinolents	3
----------	---	----------	---	---------------	---

Êtes-vous essoufflé lors d'un effort ?

Oui	Non
-----	-----

Êtes-vous essoufflé lorsque vous êtes au repos ?

Oui	Non
-----	-----

Avez-vous de l'oxygène à la maison ?

Oui	Non
-----	-----

Si oui, combien de litres d'oxygène avez-vous ?

Avez-vous des nausées ou des vomissements ?

Oui	Non
-----	-----

Faites-vous de l'apnée du sommeil ?

Oui	Non
-----	-----

Si oui, dormez-vous avec un appareillage ?

Oui	Non
-----	-----

Si oui, y a-t-il de l'oxygène sur l'appareillage ?

Oui	Non
-----	-----

إذا كانت الإجابة نعم ، كيف هو بلغمك؟

مخاطي 1	رغوي 2	دموي 3
---------	--------	--------

هل تشعر بضيق في التنفس عند قيامك بأي مجهود؟

نعم	كلا
-----	-----

هل تشعر بضيق في التنفس أثناء الراحة؟

نعم	كلا
-----	-----

هل لديك أكسجين في المنزل؟

نعم	كلا
-----	-----

إذا كانت الإجابة نعم ، كم لترًا من الأكسجين لديك؟

هل تعاني من غثيان أو قيء؟

نعم	كلا
-----	-----

هل تعاني من توقف التنفس أثناء النوم؟

نعم	كلا
-----	-----

إذا كانت الإجابة نعم ، هل تنام مع جهاز؟

نعم	كلا
-----	-----

إذا كانت الإجابة نعم ، فهل يوجد أكسجين على الجهاز؟

نعم	كلا
-----	-----

5. DOULEURS



Avez-vous des douleurs ?

Oui	Non
-----	-----

Où avez-vous mal ? (veuillez me montrer sur vous-même où, sur le mannequin, page suivante)

Quelle est l'intensité ? (veuillez utiliser l'échelle de la douleur)



Quand avez-vous mal ?

Tout le temps	1	À la mobilisation	2	À la respiration	3
---------------	---	-------------------	---	------------------	---



هل تعاني من آلام؟

كلا

نعم

أين تشعر بالألم؟ (من فضلك حدد لي مكان الألم ، يمكنك الاستعانة بالنموذج الموجود على الصفحة التالية)

ما هي شدة الألم؟ (الرجاء استخدام مقياس الألم)



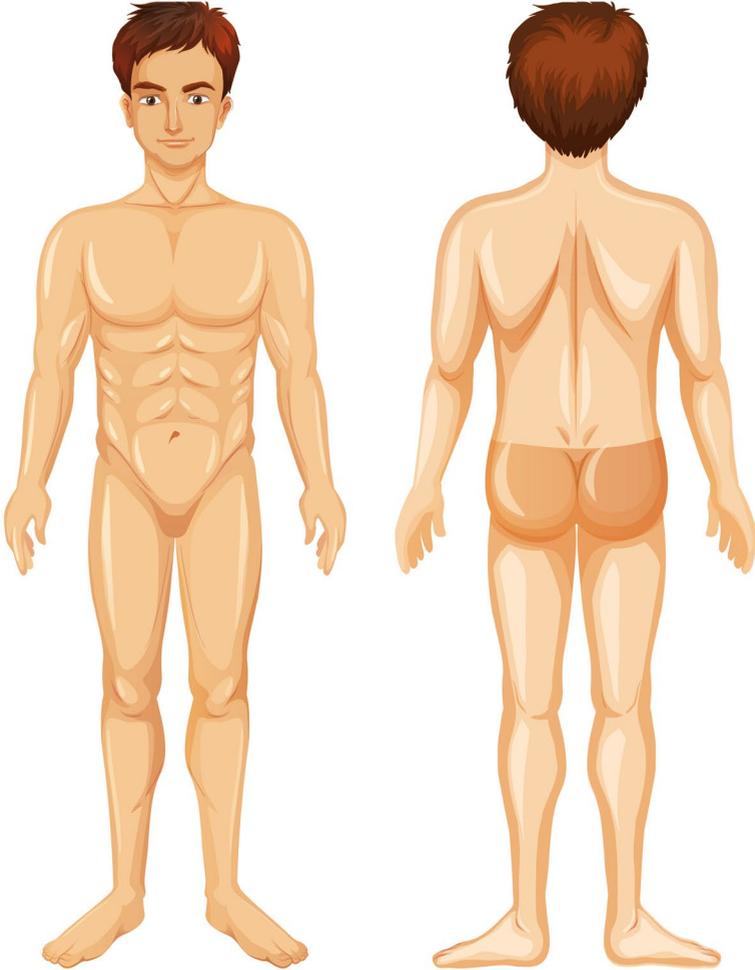
متى تشعر بالألم؟

3 عند التنفس

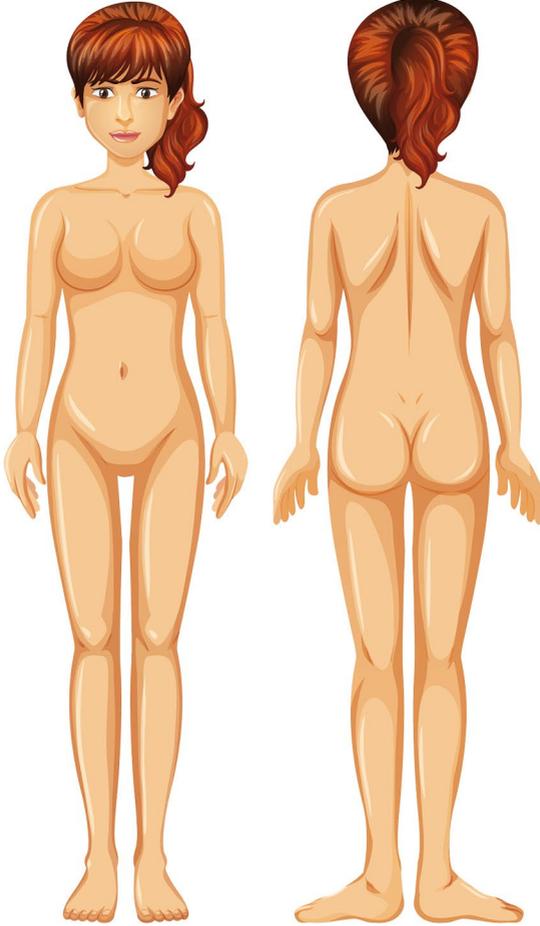
2 عند الحركة

1 طوال الوقت

6. جسم الرجل



7. جسم المرأة



FR **8. RÉGIME ALIMENTAIRE**



Êtes-vous à jeun ?

Oui

Non

Si oui, depuis quand ?

Avez-vous un régime alimentaire ?

Oui

Non

Si oui, quel est le type de régime alimentaire ?

Sans sucre

1

Sans sel

2

Sans porc

3

Sans viande

Sans gluten

Sans lactose

Autre :

Quel est votre poids ?

Quelle est votre taille ?

8. النظام الغذائي



هل انت على معدة فارغة؟

نعم

كلا

إذا كانت الإجابة نعم منذ متى؟

هل لديك نظام غذائي؟

نعم

كلا

إذا كانت الإجابة نعم ، ما نوع النظام الغذائي؟

3	خالٍ من لحم الخنزير خالٍ من اللاكتوز	2	خالٍ من الملح خالٍ من الغلوتين	1	خالٍ من السكر خالٍ من اللحوم
---	---	---	-----------------------------------	---	---------------------------------

غير ذلك

كم وزنك ؟

كم يبلغ طولك؟

FR 9. TRANSIT, CONTINENCE



Avez-vous des difficultés à uriner ?

Oui

Non

Avez-vous une incontinence urinaire ?

Oui

Non

Avez-vous des flatulences (gaz) ?

Oui

Non

Êtes-vous constipé ?

Oui

Non

Avez-vous des selles liquides ?

Oui

Non

Avez-vous une incontinence fécale ?

Oui

Non

9. العبور المعوي, سلس البول



هل تجد صعوبة في التبول؟

نعم

كلا

هل تعاني من سلس البول؟

نعم

كلا

هل تعاني من انتفاخ البطن (الريح)؟

نعم

كلا

هل انت مصاب بالامساك؟

نعم

كلا

هل لديك براز سائل؟

نعم

كلا

هل تعاني من سلس البراز؟

نعم

كلا

10. RISQUE DE CHUTE



Comment vous mobilisez-vous ?

Seul 1	Avec l'aide d'une personne 2	Avec une tribune / déambulateur 3	Avec une canne 4
Avec des bequilles 5	En fauteuil roulant 6	Je ne marche plus 7	

Où habitez-vous ?

Dans une maison 1	Dans un appartement 2	Dans une maison de repos 3
Autre :		

Y a-t-il des escaliers ?

Oui	Non
-----	-----

AR 10. مخاطر السقوط



كيف تتنقل؟

4	بعصا	3	مع ستاند / ووكر	2	بمساعدة شخص	1	بمفردي
		7	لم يعد بإمكانني المشي	6	في كرسي متحرك	5	مع عكازات

أين تسكن؟

3	في دار لرعاية المسنين	2	في شقة	1	في منزل
---	-----------------------	---	--------	---	---------

مكان آخر

هل يوجد سلالم؟

نعم

كلا



Êtes-vous...

...droitier ? 1 | ...gaucher ? 2 | ...ambidextre (les deux) ? 3

Avez-vous besoin d'aide pour vous habiller ?

Oui | Non

Avez-vous des vêtements de rechange ?

Oui | Non

Avez-vous besoin d'aide pour votre toilette ?

Oui | Non

Voulez-vous une aide pour laver votre dos et vos pieds ?

Oui | Non

Avez-vous besoin d'aide pour vous essuyer ?

Oui | Non

Avez-vous besoin d'aide pour vous alimenter ou faire vos tartines ?

Oui | Non

11. الاستقلال / الاعتماد



هل انت ...

3 ماهر (كلاهما)؟

2 أفسر؟...

1

ايمن؟ ...

هل تحتاج إلى مساعدة في ارتداء ملابسك؟

كلا

نعم

هل لديك ملابس احتياطية؟

كلا

نعم

هل تحتاج إلى مساعدة عند الاستحمام؟

كلا

نعم

هل تريد مساعدة في غسل ظهرك وقدميك؟

كلا

نعم

هل تحتاج إلى مساعدة في تنشيف جسمك؟

كلا

نعم

هل تحتاج إلى مساعدة في تناول الطعام أو تحضير الشطائر؟

كلا

نعم



Êtes-vous porteur de lunettes de vue ?

Oui

Non

Êtes-vous porteur d'appareils auditifs ?

Oui

Non

Êtes-vous porteur de lentilles de contact ?

Oui

Non

Avez-vous des prothèses dentaires ?

Oui

Non

Si oui

Inférieures

1

Supérieures

2

Êtes-vous porteur d'une autre prothèse ?

Oui

Non

Si oui, laquelle ?

AR 12. النظارات والأطراف الاصطناعية



هل ترتدي نظارات طبية؟

نعم

كلا

هل ترتدي أجهزة سمعية؟

نعم

كلا

هل ترتدي العدسات اللاصقة؟

نعم

كلا

هل لديك أسنان اصطناعية؟

نعم

كلا

إذا كانت الإجابة نعم أي منها؟

2

طبقة الأسنان العليا

1

طبقة الأسنان السفلى

هل لديك طرف اصطناعي آخر؟

نعم

كلا

إذا كان الجواب نعم أي منه؟

FR 13. RELIGION/SPIRITUALITÉ



Êtes-vous croyant ?

Oui

Non

Si oui, quelle est votre religion ou philosophie ?

Catholique 1	Protestante 2	Orthodoxe 3	Musulmane (Islam) 4	Témoign de Jéhovah 5
Juive (Ju- daïsme) 6	Laique (Laïcité) 7	Bouddhiste 8	Hindouiste 9	

Si cela est nécessaire, acceptez-vous une transfusion sanguine (sang, plaquettes ou plasma ?)

Oui

Non

Souhaitez-vous faire appel au service d'accompagnement spirituel de l'hôpital pour vous écouter et vous soutenir pendant votre séjour ?

Oui

Non

Désirez-vous le passage d'un représentant de votre religion ou philosophie ?

Oui

Non

AR 13. الدين / الروحانية



ها ، انت مة ما؟

كلا

نعم

إذا كانت الإجابة نعم ، ما هي ديانتك أو فلسفتك؟

5	شاهد يهوه	4	مسلم	3	أرثونكسي	2	بروتستانتني	1	كاثوليكي
		9	هندوسي	8	بودي	7	علماني	6	يهودي

إذا لزم الأمر، هل تقبل نقل الدم (الدم ، الصفائح الدموية أو البلازما)؟

كلا

نعم

هل ترغب في استدعاء خدمة المرافقة الروحية بالمستشفى للاستماع إليك ودعمك أثناء إقامتك؟

كلا

نعم

هل ترغب في حضور ممثل عن دينك أو فلسفتك؟

كلا

نعم



**GRUPE
JOLIMONT**

Siège social

• Rue Ferrer 159
7100 Haïne-Saint-Paul



www.jolimont.be

QUAR-DOC-128-V1/ Version 01/ Date d'application : 20/02/2023

Hôpital de Jolimont

• La Louvière
☎ +32 64 23 30 11

Hôpital de Lobbes

• Lobbes
☎ +32 71 59 92 11

Hôpital de Mons

• Mons
☎ +32 65 38 55 11

Hôpital de Tubize

• Tubize
☎ +32 2 391 01 30

Hôpital de Nivelles

• Nivelles
☎ +32 67 88 52 11

Hôpital de Warquignies

• Boussu
☎ +32 65 38 55 11
