

# QUESTIONNAIRE TUBERCULOSE / VACCINATIONS

## ОПИТУВАННЯ ТУБЕРКУЛЬОЗ ТА ВАКЦИНАЦІЯ

Document à remplir et à remettre au médecin que vous verrez.

Документ треба заповнити до консультації з лікарем

Date de consultation :

Дата консультації

NOM (de naissance)

Прізвище

NOM d'épouse :

Прізвище після одруження

PRENOM :

Ім'я

DATE DE NAISSANCE :

Дата народження

Adresse :

Тимчасова адреса у Франції

Tel :

Телефон

N° de Sécurité Sociale :

Номер карти соціального страхування, виданого у Франції (якщо ви вже його отримали)

- De quel pays êtes-vous originaire ? .....  
З якої країни ви приїхали?
- Quels pays avez-vous traversé ? .....  
Які країни ви перетинали на шляху до Франції?
- Au cours de ce parcours avez-vous été en situation de promiscuité ? .....  
Чи перебували ви в великому скупченні людей протягом цієї подорожі?
- Date d'arrivée en France ? .....  
Дата прибуття до Франції

- 
- Etes-vous vacciné contre la Tuberculose (BCG) ?

Чи вакциновані ви від туберкульозу (БЦЖ)?

OUI

NON

Je ne sais pas

TAK

HI

Я НЕ ЗНАЮ

Cicatrice constatée : OUI  NON

Наявність шрама від вакцини: TAK HI

- 
- Avez-vous déjà eu une Tuberculose?

Чи хворіли ви на туберкульоз?

OUI

NON

Je ne sais pas

TAK

HI

Я НЕ ЗНАЮ

- Si oui, quelle était la localisation ?

Якщо хворіли, вкажіть локалізацію туберкульозу?

(Pulmonaire/Легеневий, Pleurale/Плеврит, GG intra thoracique/Внутрішньогрудиний, GG extra thoracique/Позагрудні органи, Genito urinaire/Сечових і статевих органів, Osteo articulaire/Кісток і суглобів, Digestif/Péritoine/Кишечник/Очеревина, Neuro Méningée/Менінгіт і нервова система, Miliaire/Міліарний ....)

- Date du début de la maladie : .....  
Дата початку хвороби:

Quels médicaments avez-vous pris ? Які ліки ви приймали?

- .....

- .....
- **Combien de temps a duré le traitement (6 mois ou plus) ?**.....  
Скільки часу тривало лікування (6 місяців чи більше)?
  - **Si vous preniez le traitement avant de quitter l'Ukraine, l'avez-vous interrompu en arrivant ici ?**  
**Якщо ви приймали ліки до від'їзду з України, чи ви припинили приймати їх у Франції?**
  - **Est-ce que l'on vous a dit qu'il s'agissait d'une tuberculose résistante ?**  
**Чи казав вам лікар, що ви маєте резистентний туберкульоз?**
- 

- **Avez-vous déjà été en contact avec une personne atteinte de Tuberculose ?**  
**Були ви в контакті з людиною хворою на туберкульоз?**

Si oui, quand ? .....  
Якщо так, то коли?

Avec qui (famille, ami, voisin,...) ? .....  
З ким (родина, друзі, сусіди)?

Avez-vous pris un traitement préventif ? Si oui lequel ?.....  
Чи застосовували ви превентивне лікування? Яке?

Pendant combien de temps avez-vous pris ce traitement ? (au moins 3 mois).....  
Скільки часу ви лікувалися? (щонайменше 3 місяці)

Savez-vous si la personne malade avait une tuberculose résistante aux antibiotiques ?  
Чи хворіла ця людина на туберкульоз резистентний до антибіотиків?

**Actuellement :**  
**На даний момент:**

- **Présentez-vous un ou plusieurs de ces symptômes depuis plus de 3 semaines ?**  
**Чи був у вас один або кілька симптомів протягом більше ніж 3 тижнів?**

- |   |                         |                                  |
|---|-------------------------|----------------------------------|
| <input type="checkbox"/> <b>Toux</b>                    | <b>(Cough)</b>          | <b>Кашель</b>                    |
| <input type="checkbox"/> <b>Sueurs nocturnes</b>        | <b>(Night Sweat)</b>    | <b>Нічна пітливість</b>          |
| <input type="checkbox"/> <b>Sang dans les crachats</b>  | <b>(Hemoptysis)</b>     | <b>Кров у мокротинні</b>         |
| <input type="checkbox"/> <b>Fièvre</b>                  | <b>(Fever)</b>          | <b>Озноб</b>                     |
| <input type="checkbox"/> <b>Douleurs dans le thorax</b> | <b>(Chest Pain)</b>     | <b>Біль у грудях</b>             |
| <input type="checkbox"/> <b>Fatigue</b>                 | <b>(Fatigue, Tired)</b> | <b>Постійна втома, слабкість</b> |
| <input type="checkbox"/> <b>Perte d'appétit</b>         | <b>(Anorexia)</b>       | <b>Втрата апетиту</b>            |
| <input type="checkbox"/> <b>Perte de poids</b>          | <b>(Weight Loss)</b>    | <b>Втрата ваги</b>               |
| <input type="checkbox"/> <b>Adénopathies</b>            |                         | <b>Відчуття розпирання в шиї</b> |

- **Avez-vous déjà fait une radio pulmonaire depuis votre arrivée en France ?**  
**Чи робили ви рентген грудної клітки після вашого приїзду до Франції?**  
Résultats :.....  
Результат:

- **Fumez-vous ?**  
**Ви палите?**

OUI       NON       Si oui, combien ?  
ТАК              НІ              Якщо так, то скільки цигарок на добу?

▪ **Vivez-vous avec des enfants ?**

**Ви живете з дітьми?**

OUI       NON   
ТАК              НІ

▪ **Avez-vous des problèmes de santé ?**

**Чи хворієте ви на інші хвороби?**

OUI       NON   
ТАК              НІ

Si oui, lesquels ? .....  
Якщо так, на які?

.....

▪ **Prenez-vous des médicaments en ce moment ?**

**Чи приймаєте ви зараз ліки?**

Si oui, lesquels ? .....  
Якщо так, то які?

▪ **Facteurs de vulnérabilité à rechercher :**

**Фактори вразливості, які слід зазначити:**

- |   |   |
|---|---|
| <input type="checkbox"/> <5 ans   | вік менше 5 років                             |
| <input type="checkbox"/> Immuno depression (VIH-SIDA...)                      | Інфікування ВІЛ/СНІД                          |
| <input type="checkbox"/> Greffe d'organe                                      | Пересадка органів                             |
| <input type="checkbox"/> Cancer   | Ракові захворювання                           |
| <input type="checkbox"/> Pathologie pulmonaire                                | Патологія легенів                             |
| <input type="checkbox"/> Ttt immunosuppresseur (anti TNF, corticothérapie...) | Імуносупресорна терапія                       |
| <input type="checkbox"/> Intervention digestive                               | Проблеми з травленням                         |
| <input type="checkbox"/> Diabète  | Цукровий діабет                               |
| <input type="checkbox"/> Tabagisme nbre de cig/jr                             | Тютюнокуріння (кількість цигарок на день)     |
| <input type="checkbox"/> Alcool nb de verres/jr                               | Вживання алкоголю (кількість келихів на день) |

---

## **Vaccins antérieurs**

### **Попередні вакцини**

▪ **Connaissez-vous la date de votre dernière vaccination antitétanique ?**

**Чи знаєте ви дату останньої вакцинації від правцю (столбняк)?**

- *Informar que le calendrier vaccinal UKRAINIEN comporte de la polio orale à partir de l'âge de 6 mois.  
Des cas de poliomyélite entraînant des paralysies flasques avaient été recensés ces dernières années par le ministère de la santé Ukrainien et l'OMS, conduisant le pays à organiser début février une campagne de vaccination ayant pour objectif de vacciner 140 000 enfants contre la polio en 3 semaines : programme avorté du fait de la guerre.  
Aussi pour vous protéger, et aussi éviter la diffusion en France une vaccination par POLIO Injectable est nécessaire.*
- *Des épidémies de Rougeole ont été constatées ces dernières années par l'OMS en UKRAINE, le calendrier vaccinal Ukrainien propose la seconde dose à 6 ans, il faut donc proposer une vaccination*

*contre rougeole, oreillons et rubéole à tous les enfants entre 16 mois et 6 ans, et au moins 1 dose chez les adultes, pour éviter la diffusion de ces maladies.*

- *Повідомляємо, що УКРАЇНСЬКИЙ графік вакцинації включає оральну вакцину від поліомієліту з 6-місячного віку. Протягом останніх років зафіксовані випадки поліомієліту, що спричиняє млявий параліч. Міністерство охорони здоров'я України та ВОЗ, були змушені організувати на початку лютого кампанію вакцинації для 140 000 дітей проти поліомієліту, розраховану на три тижня. Програма була скасована через війну.*
- *Насамперед, щоб захистити вас, а також щоб уникнути поширення поліомієліту у Франції, необхідно зробити щеплення вакциною POLIO .*
- *Епідемії кору в останні роки регулярно спостерігаються ВОЗ в УКРАЇНІ, офіційний Український профілактичний календар щеплень пропонує другу дозу щеплення в 6 років. Тому необхідно запропонувати щеплення проти кору, паротиту та краснухи всім дітям від 16 місяців до 6 років, та принаймні 1 доза дорослим, щоб запобігти поширенню цих захворювань.*

---

▪ **Connaissez-vous votre statut vis-à-vis d'autres infections transmissibles ?**

**Чи знаєте ви свій стан щодо інших інфекційних захворювань?**

<b>VIH : + / -</b>	<b>ВІЧ</b>
<b>Hépatite C : + / -</b>	<b>Гепатит С</b>
<b>Hépatite B: Antigène HBS : + / -</b>	<b>Гепатит В: антиген HBS</b>
<b>Anticorps anti HBS : + / -</b>	<b>Антитіла до HBS</b>
<b>Anticorps anti HBC : + / -</b>	<b>Антитіла до HBC</b>

▪ **Si oui preniez-vous un traitement avant de quitter l'Ukraine?**

(Question pour vous orienter vers les services de soins adéquats)

**Якщо так, чи лікувалися ви перед виїздом з України?**

(Запитання, щоб направити вас до відповідних служб догляду)

**Remarques :**

**Коментарі:**