



# LIVRET DE LA COMMUNICATION

Néerlandais - Nederlands

## INTRODUCTIE

Beste medewerkers,

In dit boekje vindt u een reeks praktische vragen voor de communicatie met patiënten.

Om de taalbarriere te overwinnen, kunt u met deze ondersteuning uitwisselen,

begrijpen, beoordelen en diagnosticeren zonder dat taal een obstakel is.

Beste patiënten,

In dit boekje vindt u een reeks vragen/antwoorden om uw communicatie met het verplegend personeel te vergemakkelijken.

U kunt erop vertrouwen dat het personeel er alles aan zal doen om u kwaliteitsvolle zorgen te garanderen, zonder onderscheid naar ras, geslacht en wat uw religieuze of filosofische overtuigingen ook zijn.

## INHOUD- STAFEL

<b>IDENTITEIT, FAMILIE, CONTACTNUMMER</b>	<b>4</b>
<b>MEDISCHE GESCHIEDENIS, ALLERGIEËN, VERSLAVINGEN</b>	<b>6</b>
<b>BEHANDELING MET GENEESMIDDELEN</b>	<b>10</b>
<b>KLACHTEN</b>	<b>12</b>
<b>PIJN</b>	<b>16</b>
<b>HET MENSELIJK LICHAAM VROUW</b>	<b>18</b>
<b>HET MENSELIJK LICHAAM MAN</b>	<b>19</b>
<b>DIEET</b>	<b>20</b>
<b>STOELGANG, CONTINENTIE</b>	<b>22</b>
<b>RISICO OP VALLEN</b>	<b>24</b>
<b>AUTONOMIE / AFHANKELIJKHEID</b>	<b>26</b>
<b>BRIL EN PROTHESE</b>	<b>28</b>
<b>RELIGIE</b>	<b>30</b>

# 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 ?

# NL 1. IDENTITEIT, FAMILIE, CONTACTNUMMER



Kunt u mij uw naam, voornaam en geboortedatum zeggen ?

Bevestigt u dat de gegevens op uw identiteitsarmband correct zijn ?

Ja | Nee

Heeft u een referentiepersoon die Frans spreekt ?

Ja | Nee

Zo ja, kunt u mij zijn naam, voornaam, graad van verwantschap en telefoonnummer geven ?

Heeft u een vertrouwenspersoon met wie wij contact kunnen opnemen indien nodig ?

Ja | Nee

Zo ja, kunt u mij zijn naam, voornaam, graad van verwantschap en telefoonnummer geven ?

FR

## 2. ANTÉCÉDENTS MÉDICAUX, ALLERGIES, ASSUÉTUDES



Avez-vous des problèmes médicaux ?

Oui Non

Si oui, lesquels ?

Diabétique	Hypertension artérielle	Problème de coeur	Problème respiratoire
Problème de thyroïde	Autre		

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	Pénicilline	Iode	Poils, poussières, acariens	Autre
----------	-------------	------	-----------------------------	-------

NL

## 2. MEDISCHE GESCHIEDENIS, ALLERGIËN, VERSLAVINGEN



Heeft u medische problemen ?

Ja Nee

Zo ja, welke ?

Suikerziekte	Hoge bloeddruk	Hartkwaal	Ademhaling-sprobleem
Schildklier-aandoening	Andere		

Bent u ooit geopereerd ?

Ja Nee

Zo ja, waarom ? (toon mij op het model)

Ja Nee

Heeft u allergieën ?

Ja Nee

Zo ja, welke ?

Aspirine	Penicilline	Iode	Haar, stof, mijten	Andere
----------	-------------	------	--------------------	--------

Fumez-vous ?

Oui Non

Si oui, combien de cigarettes par jour ?

1 à 5 /jours 5 à 10 /jours Plus de 10 /jours

Buvez-vous de l'alcool régulièrement ?

Oui Non

Si oui, buvez-vous

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

Consommez-vous une drogue ?

Oui Non

Si oui, laquelle ?

Cannabis Héroïne Cocaine Ecstasy Amphétamine LSD

Rookt u ?

Ja Nee

Zo ja, hoeveel sigaretten per dag ?

1 tot 5/dag 5 tot 10/dag Meer dan 10/dag

Drinkt u regelmatig alcohol ?

Ja Nee

Zo ja, drinkt u ?

1 tot 3 glazen/dag 3 tot 6 glazen/dag Meer dan 6 glazen/dag

Gebruikt u een drug ?

Ja Nee

Zo ja, welke ?

Cannabis Heroïne Cocaine Ecstasy Amfetamine LSD

### FR 3. TRAITEMENT MÉDICAMENTEUX



Avez-vous un traitement médicamenteux ?

Oui

Non

Si oui, lequel ?

### NL 3. BEHANDELING MET GENEESMIDDELEN



Gebruikt u geneesmiddelen ?

Ja

Nee

Zo ja, welke ?

FR

## 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

Sèche

Crachez-vous ?

Oui

Non

NL

## 4. KLACHTEN



Hebt u het gevoel dat u het koud heeft ?

Ja

Nee

Hebt u het gevoel dat u het warm heeft ?

Ja

Nee

Hebt u opvliegers ?

Ja

Nee

Hoest u ?

Ja

Nee

Zo ja, hoe is uw hoest ?

Vettig

Droog

Spuugt u?

Ja

Nee

Si oui, comment sont vos crachats ?

Glaireux	Mousseux	Sanguinolents
----------	----------	---------------

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
-----	-----

Zo ja, hoe is uw spuug ?

Slijmig	Schuimig	Bloederig
---------	----------	-----------

Bent u buiten adem bij een inspanning ?

Ja	Nee
----	-----

Bent u kortademig als u in rust bent ?

Ja	Nee
----	-----

Heeft u zuurstof in huis ?

Ja	Nee
----	-----

Zo ja, hoeveel liter zuurstof heeft u ?

Heeft u last van misselijkheid of braken ?

Ja	Nee
----	-----

Heeft u slaapapneu ?

Ja	Nee
----	-----

Zo ja, slaapt u met een toestel ?

Ja	Nee
----	-----

Zo ja, is het een toestel met zuurstof ?

Ja	Nee
----	-----



**FR 5. DOULEURS**

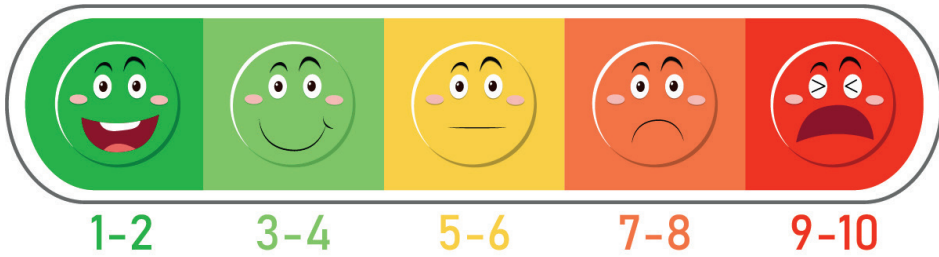


Avez-vous des douleurs ?

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 | À la mobilisation | À la respiration

**NL 5. PIJN**

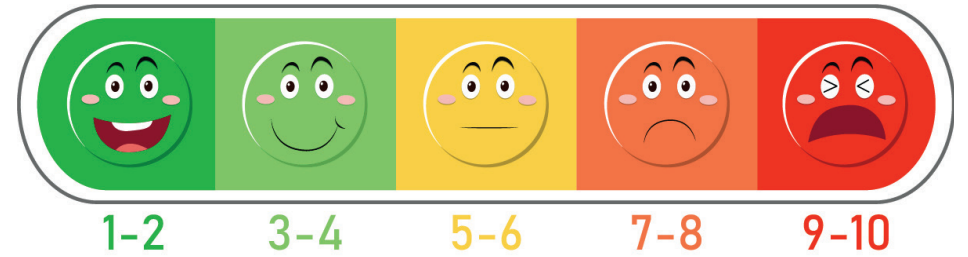


Heeft u pijn ?

Ja | Nee

Waar heeft u pijn ? (laat me op uzelf zien of op het model, volgende pagina)

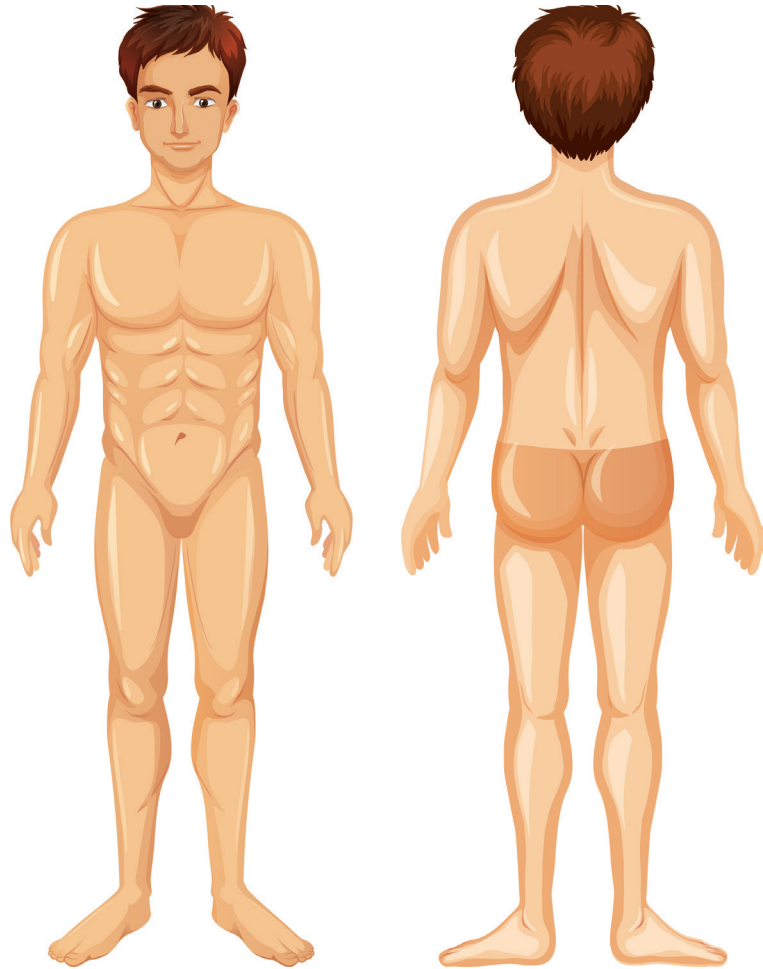
Wat is de intensiteit ? (gebruik de pijnschaal)



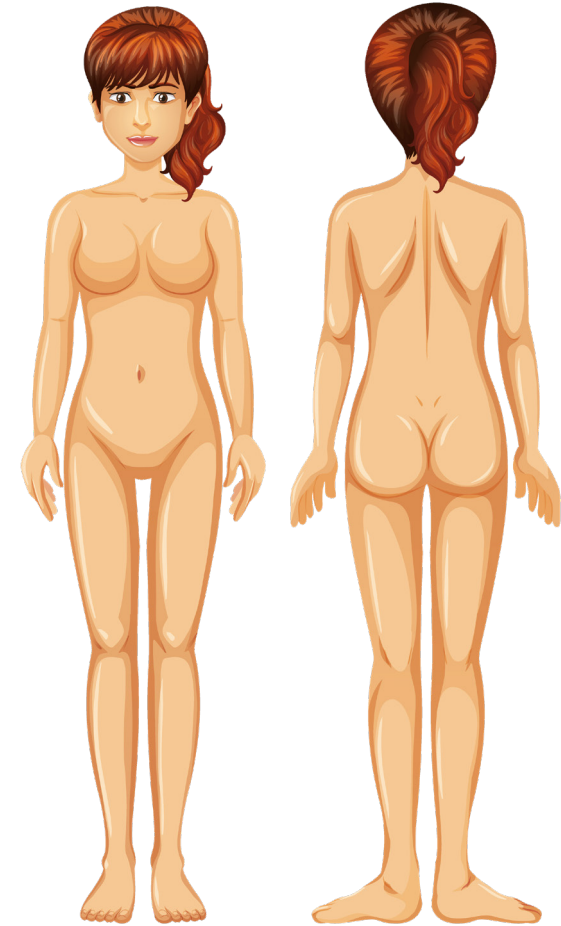
Wanneer heeft u pijn ?

Altijd | Bij de actie | Bij het ademen

## 6. HET MENSELIJK LICHAAM MAN



## 7. HET MENSELIJK LICHAAM VROUW



## 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

Sans sel

Sans porc

Sans viande

Sans gluten

Sans lactose

Autre :

Quel est votre poids ?

Quelle est votre taille ?

## NL 8. DIEET



Bent u nuchter ?

Ja

Nee

Zo ja, sinds wanneer ?

Volgt u een dieet ?

Ja

Nee

Zo ja, welk type dieet ?

Zonder suiker

Zonder zout

Zonder varkensvlees

Zonder vlees

Zonder gluten

Zonder lactose

Andere :

Hoeveel weegt u ?

Hoe groot bent u ?

## 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

## NL 9. STOELGANG, CONTINENTIE



Heeft u moeite met plassen ?

Ja

Nee

Heeft u urine-incontinentie ?

Ja

Nee

Heeft u winderigheid (gas) ?

Ja

Nee

Bent u geconstipeerd ?

Ja

Nee

Heeft u vloeibare ontlasting ?

Ja

Nee

Heeft u ontlastingsincontinentie ?

Ja

Nee

## FR 10. RISQUE DE CHUTE



Comment vous mobilisez-vous ?

Seul	Avec l'aide d'une personne	Avec une tribune / déambulateur	Avec une canne
Avec des béquilles	En fauteuil roulant	Je ne marche plus	

Où habitez-vous ?

Dans une maison	Dans un appartement	Dans une maison de repos
Autre :		

Y a-t-il des escaliers ?

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

## NL 10. RISICO OP VALLEN



Hoe verplaatst u zich ?

Alleen	Met de hulp van iemand	Met een rollator / looprek	With a can
Met een stok	In een rolstoel	Ik loop niet meer	

Waar woont u ?

In een huis	Op een appartement	In een rusthuis
Andere :		

Zijn er trappen ?

Ja	Nee
----	-----

## FR 11. AUTONOMIE / DÉPENDANCE



Êtes-vous...

...droitier ? | ...gaucher ? | ...ambidextre (les deux) ?

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

## NL 11. AUTONOMIE / AFHANKELIJKHEID



Bent u...

...rechtshandig ? | ...linkshandig ? | ...tweehandig (beide) ?

Heeft u hulp nodig bij het aankleden ?

Ja | Nee

Heeft u reservekleding ?

Ja | Nee

Heeft u hulp nodig met uw toilet ?

Ja | Nee

Wilt u hulp bij het wassen van uw rug en voeten ?

Ja | Nee

Heeft u hulp nodig om uzelf af te drogen ?

Ja | Nee

Heeft u hulp nodig bij het eten of het maken van uw boterhammen ?

Ja | Nee

## FR 12. LUNETTES ET PROTHÈSES



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 Supérieures

Êtes-vous porteur d'une autre prothèse ?

Oui Non

Si oui, laquelle ?

## NL 12. BRIL EN PROTHESE



Draagt u een bril ?

Ja Nee

Draagt u een hoortoestel ?

Ja Nee

Draagt u contactlenzen ?

Ja Nee

Heeft u een kunstgebit ?

Ja Nee

Zo ja ?

Onderaan Bovenaan

Heeft u een andere prothese ?

Ja Nee

Zo Ja, welke ?

## FR 13. RELIGION/SPIRITUALITÉ



Êtes-vous croyant ?

Oui | Non

Si oui, quelle est votre religion ou philosophie ?

Catholique	Protestante	Orthodoxe	Musulmane (Islam)	Témoin de Jéhovah
Juive (Judaïsme)	Laique (Laïcité)	Bouddhiste	Hindouiste	

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

## NL 13. RELIGIE/SPIRITUALITEIT



Bent u gelovig ?

Ja | Nee

Zo ja, wat is uw religie of levensbeschouwing ?

Katholiek	Protestant	Orthodox	Moslim	Getuige van Jehova
Joods (Jodendom)	Seculier (Secularisme)	Boeddhistisch	Hindoe	

Aanvaardt u zo nodig een bloedtransfusie (bloed, bloedplaatjes of plasma ?)

Ja | Nee

Wilt u een beroep doen op de spirituele begeleidingsdienst van het ziekenhuis om naar u te luisteren en u te ondersteunen tijdens uw verblijf ?

Ja | Nee

Wilt u dat er een vertegenwoordiger van uw religie of levensbeschouwing langskomt ?

Ja | Nee





**GRUPE  
JOLIMONT**

**Siège social**

• Rue Ferrer 159  
7100 Haïne-Saint-Paul



[www.jolimont.be](http://www.jolimont.be)

---

### Hôpital de Jolimont

• La Louvière  
☎ +32 64 23 30 11

---

### Hôpital de Tubize

• Tubize  
☎ +32 2 391 01 30

---

### Hôpital de Lobbes

• Lobbes  
☎ +32 71 59 92 11

---

### Hôpital de Nivelles

• Nivelles  
☎ +32 67 88 52 11

---

### Hôpital de Mons

• Mons  
☎ +32 65 38 55 11

---

### Hôpital de Warquignies

• Boussu  
☎ +32 65 38 55 11

---