



LIVRET DE LA COMMUNICATION

Turc - Türkçe

TANITIM

Sevgili işbirlikçiler,

Bu kitapçıkta, hastalarla iletişim kurmak için bir sürü pratik soru bulacaksınız.

Dil engelini aşmak için, bu destek dil engel teşkil etmeden değiş tokuş yapmanıza, anlamınıza, değerlendirmenize ve teşhis koymanıza yardım edecektir.

Sevgili hastalarımız,

Bu kitapçıkta, bakım personeli ile iletişiminizi kolaylaştırmak için bir sürü sorular bulacaksınız.

İrk, cinsiyet ve dini veya felsefi inancınız ne olursa olsun, ayırım olmadan size kaliteli bakım garanti etmek için elimizden gelen her şeyi yapacağımızdan emin olabilirsiniz.

ÖZET

KIMLIK, AILE, İLETİŞİM NUMARASI	4
TIBBİ GEÇMİŞ, ALERJİ, BAĞIMLILIK	6
TIBBİ TEDAVİ	10
ŞİKAYET	12
AĞRI	16
KADIN INSAN VÜCUDU	18
ERKEK INSAN VÜCUDU	19
DIYET	20
BAĞIRSAK GEÇİŞİ, KONTINANS	22
DÜŞME RISKİ	24
ÖZERKLİK / BAĞIMLILIK	26
GÖZLÜK VE PROTEZ	28
DİN	30

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. KIMLIK, AILE, İLETİŞİM NUMARASI



Adını ve doğum tarihini söyler misiniz ?

Kimlik bileziğinizdeki verilerin doğru olduğunu onaylayabilir misiniz ?

Evet

Hayır

Fransızca bilen bir referansınız var mı ?

Evet

Hayır

Eğer evetse, bana adını, soyadını ve aile bağımlılığı, telefon numarası verebilir misiniz ?

İhtiyaç halinde iletişime geçebileceğimiz güvenilir bir kişi var mı ?

Evet

Hayır

Eğer evetse, bana adını, soyadını ve aile bağımlılığı, telefon numarası verebilir misiniz ?

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
----------	-------------	------	-----------------------------	-------

2. TIBBİ GEÇMİŞ, ALERJİSİ, BAĞIMLILIK



Herhangi bir tıbbi sorunuz var mı ?

Evet

Hayır

Evet ise hangileri ?

Şeker hastası

Yüksek tansiyon

Kalp sorunu

Solunum
problemi

Tiroit problemi

Diger

Hiç ameliyat geçirdiniz mi ?

Evet

Hayır

Evet ise, hangileri ?

Evet

Hayır

Alerjiniz var mı ? (Bana mankenin üzerinde gösterebilirsiniz)

Evet

Hayır

Evet ise, hangileri ?

Aspirin

Penisilin

lyot

Tüylar,toz,akarlar

Dişler

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

Sigara içer misiniz ?

Evet

Hayır

Evet ise, günde kaç sigara ?

Günde 1 ila 5

Günde 1 ila 10

10 günden fazla

Düzenli olarak alkol alıyor musunuz ?

Evet

Hayır

Evet ise, ne kadar ?

Günde 1 ila 3 bardak
alkol

Günde 3 ila 6 bardak
alkol

Günde 6 bardaktan
fazla

Uyuşturucu kullanıyor musunuz ?

Evet

Hayır

Evet ise hangisi ?

Uyuşturucu

Eroin

Kokain

Ecstasy

Amfetamin

L.S.D

FR 3. TRAITEMENT MÉDICAMENTEUX



Avez-vous un traitement médicamenteux ?

Oui

Non

Si oui, lequel ?



İlaç kullanıyor musunuz ?

Evet

Hayır

Evet ise, hangileri ?

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



Üőüyor musunuz ?

Evet

Hayır

Sıcak hissediyor musunuz ?

Evet

Hayır

Sıcak basması var mı ?

Evet

Hayır

Öksürüyor musunuz ?

Evet

Hayır

Evet ise, öksürüğünüz nasıl ?

Balgam öksürük

Kuru öksürük

Tükürüyor musunuz ?

Evet

Hayır

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
-----	-----

Evet ise, tükürüğünüz nasıl ?

Balgamli

Köpüklü

Kanlı

Egzersiz yaparken nefesiniz kesiliyor mu ?

Evet

Hayır

Dinlenirken nefes darlığı çekiyor musunuz?

Evet

Hayır

Evde oksijen var mi ?

Evet

Hayır

Cevabiniz evet ise, kaç litre oksijeniniz var ?

Mide bulantiniz veya kusmanız var mi ?

Evet

Hayır

Uyku apneniz var mi ?

Evet

Hayır

Evet ise, bir cihazla mi uyuyorsunuz ?

Evet

Hayır

Evet ise, cihazda oksijen var mi ?

Evet

Hayır



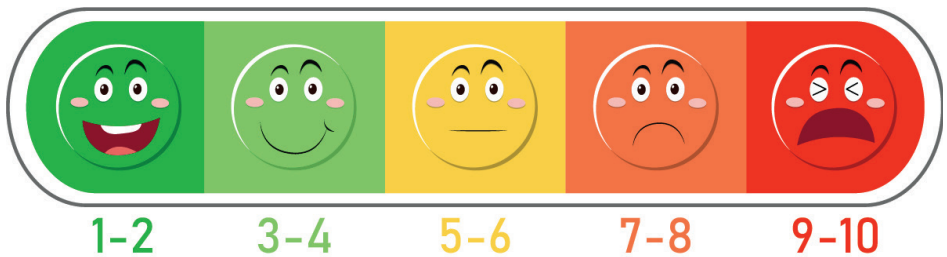
Avez-vous des douleurs ?

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

TR 5. AĞRI



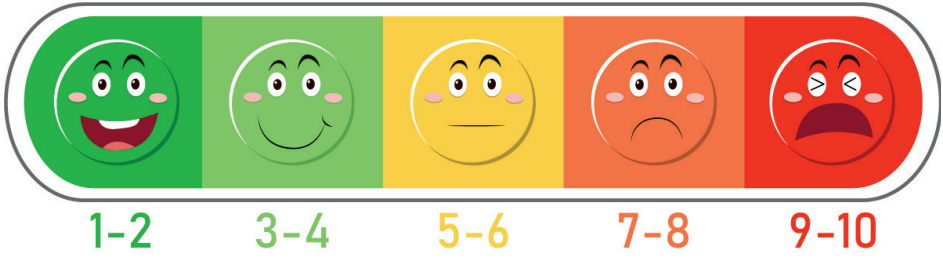
Agrınız var mı ?

Evet

Hayır

Nerede ağrınız var ? (Lütfen üzerinizde veya mankenin üzerinde göstere bilirmisiniz) ?

Ağrılarınız ne kadar yoğun ? (Lütfen ağrı ölçeğini kullanın)



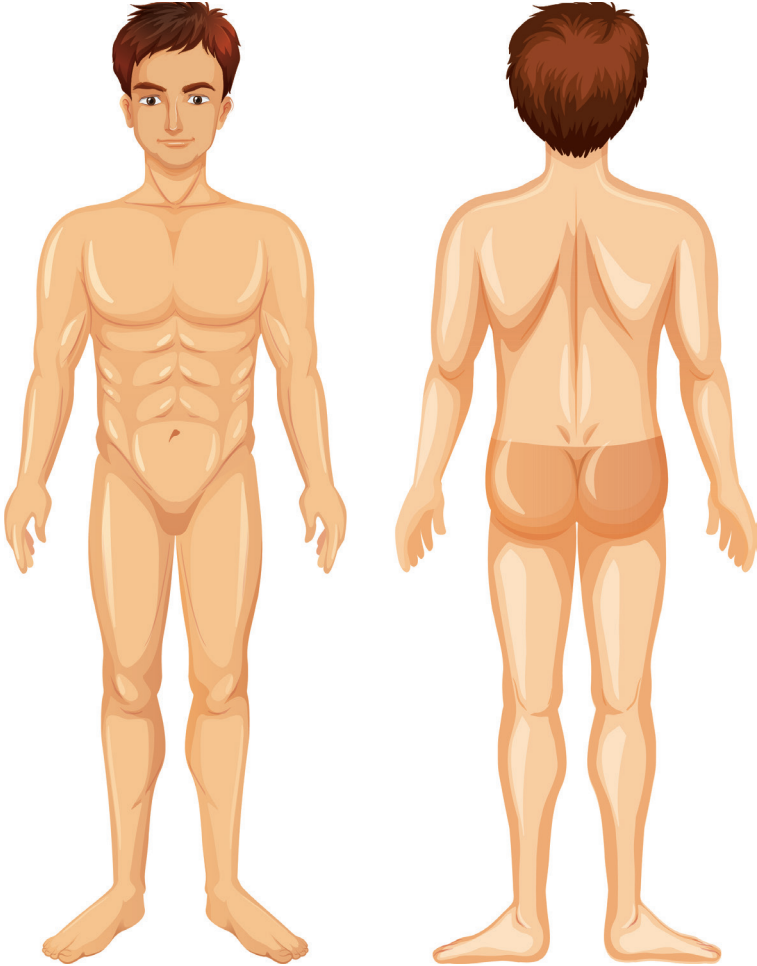
Ne zaman agriyor ?

Her zaman

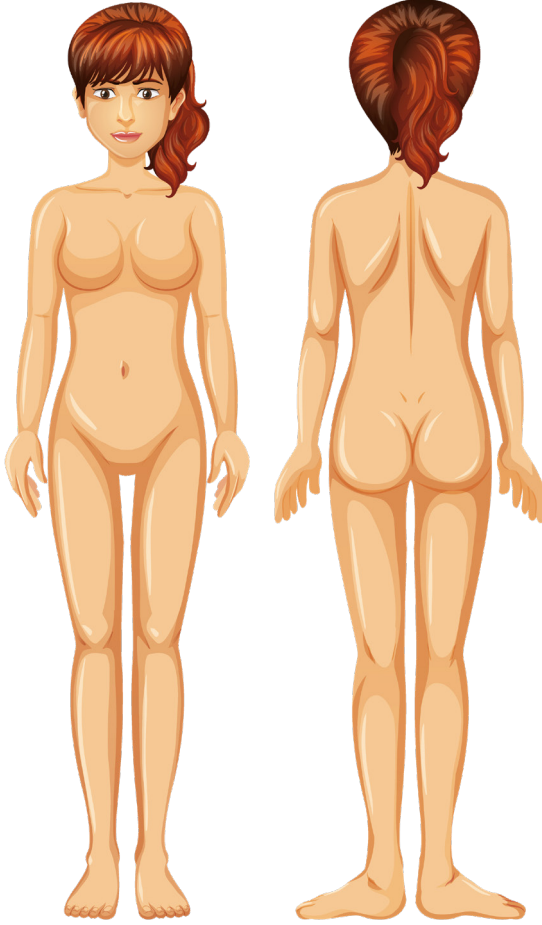
Seferberlikte

Nefeste

6. ERKEK INSAN VUCUDU



7. KADIN INSAN VUCUDU



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 ?



Aç karnina misiniz ?

Evet

Hayır

Evet ise, ne zamandan beri ?

Diyet yapıyor musunuz ?

Evet

Hayır

Evet ise, diyet türü nedir ?

Çekersiz

Tuzsuz

Domuz eti olmadan

Laktozsuz

Etsiz

Glütensiz

Diğer

Kaç kilosunuz ?

Boyunuz ne kadar ?

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. BAĞIRSAK GEÇİŞİ, KONTINANS



İdrar yaparken zorluk çekiyor musunuz ?

Evet

Hayır

İdrar kaçırma durumunuz var mı ?

Evet

Hayır

Şişkinliğiniz var mı ? (Gaz)

Evet

Hayır

Kabız mısınız ?

Evet

Hayır

Dışkıya çıktığınız zaman sıvı oluyor mu ?

Evet

Hayır

Büyük abdesinizde kaçırma var mı ?

Evet

Hayır

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
-----	-----

10. DÜŞME RISKİ



Kendinizi nasıl harekete geçirirsiniz ?

Yalnız

Bir kişinin
yardımıyla

Gezici bir tribüne

Bastonla

Koltuk değneği

Tekerlekli sandalye

Artık yürümüyorum

Nerede yaşıyorsunuz ?

Bir evde

Düz(apartiman)

Huzurevinde

Diğer

Merdiven var mı ?

Evet

Hayır

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

11. ÖZERKLİK / BAĞIMLILIK



Hangi elinizi kullanıyorsunuz ?

...Sağ

...Sol

...ikisi birden

Giyinmek için yardıma ihtiyacınız var mı ?

Evet

Hayır

Yedek kıyafetiniz var mı ?

Evet

Hayır

Tuvaletiniz için yardıma ihtiyacınız var mı ?

Evet

Hayır

Sırtınızı ve ayaklarınızı yıkamak için yardım ister misiniz ?

Evet

Hayır

Vücudunuzu silmek için yardıma ihtiyacınız var mı ?

Evet

Hayır

Yemek yemek için yada ekmek yapmak için yardıma ihtiyacınız var mı ?

Evet

Hayır



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 ?



Gözlük kullanıyor musunuz ?

Evet

Hayır

İşitme cihazı takıyor musunuz ?

Evet

Hayır

Lens takıyor musunuz ?

Evet

Hayır

Takma dişiniz var mı ?

Evet

Hayır

Evet ise

Aşağı

Yukarı

Başka proteziniz var mı ?

Evet

Hayır

Evet ise, hangisi ?

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)	Laïque (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



Inançlı mısınız ?

Evet

Hayır

Evet ise, dininiz veya felsefeniz nedir ?

Katolik	Protestan	Ortodoks	Müslüman	Jehovah
Yahudi (Yahudilik)	Laik	Budist	Hindu	

Gerekirse kan naklini Kabul ediyor musunuz ? (Kan, plaket, plazma)

Evet

Hayır

Hastanenin manevi destek servislerini, kaldığınız süre boyunca sizi dinlemeye ve size destek olmaya çağırında bulunmak ister misiniz ?

Evet

Hayır

Dininizin veya felsefenizin bir temsilcisinin geçmesini ister misiniz ?

Evet

Hayır



**GRUPE
JOLIMONT**

Siège social

• Rue Ferrer 159
7100 Haïne-Saint-Paul



www.jolimont.be

QUAR-DOC-127-V1/ VERSION 01/ DATE D'APPLICATION : 20/02/2023

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
