

Health **Pass**port Santé



When Language Matters

Quand la langue compte



**FAISONS ÉQUIPE
CONTRE LE CANCER**

This booklet belongs to / Ce livret appartient à:

If found please call Le CISSS de la Gaspésie at /
Si ce livre est retrouvé, s'il vous plait communiquez
avec le CISSS de la Gaspésie au :

Maria : 418-759-3443, ext. 2402

Chandler : 418-689-2261, ext. 2030

Gaspé : 418-368-3301, ext. 3053

Ste-Anne-des-Monts : 418-763-2261, ext. 2136

and arrangements will be made to return it
to its owner /

afin qu'il soit retourné à son propriétaire.

EMERGENCY CONTACT / EN CAS D'URGENCE, CONTACTER

Primary contact / Contact primaire :

Name / nom: _____

Language spoken / Langue parlée: _____

Telephone / Téléphone _____

Cell phone / Mobile: _____

Work phone/ Numéro au travail: _____

Secondary contact / Contact secondaire:

Name / nom: _____

Language spoken / Langue parlée: _____

Telephone / Téléphone: _____

Cell phone / Mobile: _____

Work phone/ Numéro au travail: _____

Family doctor / Médecin de famille:

Name / nom: _____

Telephone / Téléphone: _____

Word of Welcome:

The main goal of this booklet is to help you prepare for a visit with a health professional, especially in an emergency. It is designed to help you to speak with French-speaking health professionals. It was simply not possible to cover all health topics. We focused on common health issues that are most likely to lead to visit an emergency room or walk-in clinic. We hope you find this tool useful.

Disclaimer:

This booklet is meant as a guide to make it easier for an English-speaking person to communicate with French-speaking health professionals. It does not replace a professional medical opinion in any way.

A Web Version of the Health Passport is available at :

<http://cancergaspesie.ca/en/health-passport/>

TABLE OF CONTENT

EMERGENCY CONTACT / EN CAS D'URGENCE, CONTACTER	3
TABLE OF CONTENT	5
HEALTH INFO / INFO-SANTÉ.....	7
PREPARING TO SEE A DOCTOR.....	7
MEDICAL STATUS / STATUT MÉDICAL	8
MEDICAL HISTORY / ANTÉCÉDENTS	9
LIVING HABITS / HABITUDES DE VIE.....	10
HELPFUL PHRASES / LEXIQUE.....	11
TYPE OF PAIN / TYPE DE DOULEUR.....	12
PAIN SCALE / ÉCHELLE DE LA DOULEUR.....	13
TIMING / CHRONOLOGIE	14
EXTERNAL BODY PARTS / PARTIES DU CORPS EXTERNES	15

INTERNAL BODY PARTS / PARTIES DU CORPS INTERNES	17
SYMPTOMS / SYMPTÔMES.....	18
HEADACHE / MAL DE TÊTE.....	20
CHEST PAIN / DOULEUR THORACIQUE	22
ABDOMINAL PAIN / DOULEUR ABDOMINALE.....	24
MUSCLE AND JOINT PAIN /DOULEUR MUSCULAIRE... 	26
NEUROLOGIC / NEUROLOGIQUE	27
DEPRESSION / DÉPRESSION	28
BLOOD PRESSURE RECORD / TENSION ARTÉRIELLE....	29
GLYCAEMIA READING / GLYCÉMIE	30
NOTES / NOTES	31
IMPORTANT PHONE NUMBERS / NUMÉROS IMPORTANT	32

HEALTH INFO / INFO-SANTÉ

Telephone / Téléphone : 8-1-1

Are you sick or is someone close to you sick? Do you need information or advice about a health problem or personal issue?

Dial 8-1-1 to speak with a nurse or social worker from Info-Santé. The service is free and available 24 hours a day, 365 days a year.

PREPARING TO SEE A DOCTOR

Be sure to write down:

- Your health concerns, putting the most important at the top;
- Medications you are taking or have taken since your last visit to the doctor;
- Over-the-counter and herbal remedies you have tried since your last visit;
- Any lifestyle changes (diet, exercise, travel out of the country);
- Symptoms and what makes them better or worse.

MEDICAL STATUS / STATUT MÉDICAL

Current allergies / Allergies courantes:

Current medications / Médicaments courants:

Name / nom

Dose

<hr/>	<hr/>
<hr/>	<hr/>
<hr/>	<hr/>
<hr/>	<hr/>
<hr/>	<hr/>
<hr/>	<hr/>
<hr/>	<hr/>
<hr/>	<hr/>
<hr/>	<hr/>
<hr/>	<hr/>

MEDICAL HISTORY / ANTÉCÉDENTS MÉDICAUX:

**Medical Conditions high blood pressure,
diabetes, asthma, etc., /**

Conditions Médicales i.e. ex. l'hypertension, le
diabète, l'asthme, etc.

Date

_____	_____
_____	_____
_____	_____
_____	_____
_____	_____
_____	_____
_____	_____
_____	_____
_____	_____

Surgeries / Chirurgies

Date

_____	_____
_____	_____
_____	_____
_____	_____

LIVING HABITS / HABITUDES DE VIE

Smoker / Fumeur

yes / oui **no** / non **quit** / arrê

Qty per day / Qté par jour : _____

since / depuis : _____

Alcohol / Alcool

yes / oui **no** / non **quit** / arrê

Qty per week / Qté par semaine : _____

since / depuis : _____

Physical activities / Activités physiques

yes / oui **no** / non

Minutes per day / par jour : _____

Per week / par semaine _____

Description :

Sleep / Sommeil

Hours per night / Heures par nuit : _____

HELPFUL PHRASES / LEXIQUE

This section will help you describe your symptoms to a health professional who cannot speak English.

Hello

Bonjour

Good evening

Bonsoir

Goodbye

Au revoir

If you speak slowly in French, I can understand you.

Si vous parlez lentement, je peux vous comprendre.

Do you speak English?

Est-ce que vous parlez Anglais?

I don't speak French.

Je ne parle pas le Français.

Thank you.

Merci beaucoup

TYPE OF PAIN / TYPE DE DOULEUR

I have pain / J'ai de la douleur

Burning pain / Douleur brûlante

Constant pain / Douleur constante

Crushing pain / Douleur écrasante

Dull pain / Douleur faible

Moderate pain / Douleur modérée

Numbing pain / Engourdissement douloureux

Severe pain / Douleur sévère

Squeezing pain / Douleur qui serre

Stabbing pain / Douleur en coup de poignard

Throbbing pain / Douleur élancement

PAIN SCALE / ÉCHELLE DE LA DOULEUR

0 - No pain	0 - Aucune douleur
1 - Very mild	1 - Douleur légère
2 - Discomforting	2 - Inconfortable
3 - Tolerable	3 - Tolérable
4 - Distressing	4 - Pénible
5 - Very distressing	5 - Très pénible
6 - Strong	6 - Fort
7 - Very strong	7 - Très fort
8 - Horrible	8 - Horrible
9 - Unbearable	9 - Insupportable
10 - Excruciating	10 - Torturant

My pain is ___ out of 10 / Ma douleur est à ___ sur 10

TIMING / CHRONOLOGIE

Since / Depuis

Today / Aujourd'hui

Yesterday / Hier

Morning / Matin

Afternoon / Après-midi

Evening / Soirée

Last night / La nuit dernière

This morning / Ce matin

One hour ago / Depuis une heure

ORIENTATION

Right / Droite

Left / Gauche

Front / Devant

Back / Derrière

Up / Haut

Down / Bas

Upper / Plus haut

Lower / Plus

EXTERNAL BODY PARTS / PARTIES DU CORPS EXTERNES

Abdomen / Abdomen

Ankle / Cheville

Anus / Anus

Arm / Bras

Back / Dos

Breast / Sein

Buttock / Fesse

Calf / Mollet

Cheek / Joue

Chest / Poitrine

Chin / Menton

Ear / Oreille

Elbow / Coude

Eyes / Yeux

Finger / Doigt

Foot / Pied

Forearm / Avant-bras

Forehead / Front

Genitals / Organes
génitaux

Hair / Cheveux

Hand / Main

Head / Tête

Hip / Hanche

EXTERNAL BODY PARTS (cont'd) / PARTIES DU CORPS EXTERNES (suite)

Jaw / Mâchoire

Knee / Genou

Lips / Lèvres

Mouth / Bouche

Neck / Cou

Nose / Nez

Penis / Pénis

Pubic area / Pubis

Shoulder / Épaule

Skin / Peau

Sinus / Sinus

Stomach / Estomac

Teeth / Dents

Thigh / Cuisse

Throat / Gorge

Toe / Orteil

Tongue / Langue

Vagina / Vagin

Wrist / Poignet

INTERNAL BODY PARTS / PARTIES DU CORPS INTERNES

Arteries / Artères

Bladder / Vessie

Bone / Os

Brain / Cerveau

Cervix / Col de l'utérus

Gallbladder / Vésicule
biliaire

Heart / Coeur

Intestine / Intestin

Kidney / Rein

Larynx / Larynx

Liver / Foie

Lung / Poumon

Lymph node / Ganglion
lymphatique

Muscle / Muscle

Oesophagus /
Oesophage

Ovary / Ovaire

Pancreas / Pancréas

Spleen / Rate

Spine / Colonne
vertébrale

Stomach / Estomac

Testicle / Testicule

Throat / Gorge

Uterus / Utérus

Vein / Veine

SYMPTOMS / SYMPTÔMES

Abdominal cramps /

Crampes abdominales

Bloated / Ballonné

Blurred vision /

Trouble de vision

Bruising / Ecchymoses

(Bleus)

Chest pain / Douleur

thoracique

Cold sweats / Sueurs

froides

Constipation /

Constipation

Coughing / Toux

Difficulty swallowing /

Difficulté à avaler

Dizziness /

Étourdissement

Dry cough / Toux

sèche

Ear ache / Mal d'oreille

Fatigue / Fatigue

Fever / Fièvre

General discomfort /

Malaise général

Headache / Mal de tête

Heartburn /

Brûlurements

d'estomac

Hives / Urticaires

SYMPTOMS (cont'd) / SYMPTÔMES (suite)

Limping / Claudication (Boiter)

Muscle aches / Douleurs musculaires

Nasal congestion / Congestion nasale

Nausea / Nausée

Pinching / Pincement

Rash / Éruption cutanée

Runny nose / Écoulement nasal

Seizure / Convulsion

Shortness of breath / Souffle court

Sinus pain / Sinus douloureux

Sneezing / Éternuement

Sore throat / Mal de gorge

Swollen / Enflure

Sputum / Crachat: verdâtre, jaunâtre

Stomach pain / Douleur d'estomac

Tiredness / Fatigue

Vomiting / Vomissement

Wheezing / Sifflement bronchique

HEADACHE / MAL DE TÊTE

I have had a headache for (hours, days, weeks)
J'ai mal à la tête depuis (heures, jours, semaines)

I hit my head.	YES	NO
Je me suis cogné la tête.	OUI	NON

I fainted.	YES	NO
J'ai perdu conscience.	OUI	NON

I feel dizzy.	YES	NO
Je me sens étourdi.	OUI	NON

I feel nauseous.	YES	NO
J'ai des nausées.	OUI	NON

I have vomited.	YES	NO
J'ai vomi.	OUI	NON

I have fever.	YES	NO
Je fais de la fièvre.	OUI	NON

HEADACHE (cont'd) / MAL DE TÊTE (suite)

Loud sounds bother me. YES

Les bruits forts me dérangent.OUI

NO

NON

The pain is... BACK FRONT

La douleur est ARRIÈRE AVANT

SIDE

CÔTÉ

The pain is squeezing, pressing.

La douleur serre, écrase.

The pain is throbbing, pounding.

La douleur est pulsatile, martèle.

My eyes are sensitive to lights.

La lumière me fait mal aux yeux.

CHEST PAIN / DOULEUR THORACIQUE

I have chest pain. J'ai une douleur thoracique.	YES OUI	NO NON
It is a crushing, stabbing pain. C'est une douleur écrasante.	YES OUI	NO NON
The pain came on fast. C'est apparu soudainement.	YES OUI	NO NON
It is associated with effort. C'est associé avec l'effort.	YES OUI	NO NON
The pain started at rest. La douleur est apparue au repos.	YES OUI	NO NON
I have had this pain before. J'ai déjà ressenti cette douleur.	YES OUI	NO NON
It goes away with rest. Ça disparaît avec le repos.	YES OUI	NO NON

CHEST PAIN cont'd / DOULEUR THORACIQUE

I have a heart condition.	YES	NO
J'ai un problème cardiaque.	OUI	NON

I take medication for my heart.	YES	NO
Je prends des médicaments pour mon cœur.	OUI	NON

I have trouble breathing.	YES	NO
J'ai de la difficulté à respirer.	OUI	NON

My heart is racing.	YES	NO
Mon coeur bat rapidement.	OUI	NON

Feels like my heart is palpitating.	YES	NO
J'ai des palpitations cardiaques.	OUI	NON

Pain in my:	ARM	BACK	JAW
Douleur dans mon :	BRAS	DOS	MÂCHOIRE

Pain in my :	SHOULDER
Douleur dans mon :	ÉPAULE

ABDOMINAL PAIN / DOULEUR ABDOMINALE

I have abdominal cramps J'ai des crampes abdominales.	YES OUI	NO NON
I have blood in my stool. J'ai du sang dans mes selles.	YES OUI	NO NON
I have diarrhea. J'ai de la diarrhée.	YES OUI	NO NON
I have heartburn. J'ai des brûlures d'estomac.	YES OUI	NO NON
I have mucus in my stool. J'ai du mucus dans mes selles.	YES OUI	NO NON
I have no appetite Je n'ai pas d'appétit.	YES OUI	NO NON
I have stomach pain J'ai de la douleur à l'estomac.	YES OUI	NO NON

**ABDOMINAL PAIN (cont'd) / DOULEUR
ABDOMINALE (suite)**

I have been vomiting.	YES	NO
J'ai des vomissements.	OUI	NON

I feel bloated.	YES	NO
Je me sens gonflé,	OUI	NON

The pain spreads through my back.	YES	NO
La douleur s'étend à mon dos.	OUI	NON

My stools are dark.	YES	NO
Mes selles sont foncées.	OUI	NON

MUSCLE AND JOINT PAIN / DOULEUR MUSCULAIRE ET ARTICULAIRE

I fell and I hurt my...

Je suis tombé et je me suis fait mal au...

I twisted my...

Je me suis tordu le/la...

I heard a cracking sound.

J'ai entendu un craquement.

It hurts when I move it.

Ça fait mal quand je le bouge.

I am not able to walk.

Je ne suis pas capable de marcher.

It feels numb.

Je le sens engourdi.

NEUROLOGIC / NEUROLOGIQUE

My ears are ringing.

J'ai un bourdonnement dans les oreilles.

I feel dizzy.

Je me sens étourdi.

I have double vision.

J'ai une vision double.

I have a drooping eyelid.

J'ai une paupière tombante.

I'm losing my memory.

Je perds ma mémoire.

I have difficulty speaking or understanding.

J'ai de la difficulté à parler et comprendre.

I feel confused.

Je me sens confus.

I have an abnormal posture.

J'ai une posture anormale.

DEPRESSION / DÉPRESSION

I always feel sad.

Je me sens toujours triste.

I sleep more than usual.

Je dors plus que la normale.

I sleep less than usual.

Je dors moins que la normale.

I have lost my appetite.

J'ai perdu mon appétit.

I am eating more than usual.

Je mange plus que d'habitude.

I've lost interest in things I used to enjoy.

J'ai perdu tous intérêt pour les choses que j'aimais.

BLOOD PRESSURE RECORD /
TENSION ARTÉRIELLE DATE

GLYCAEMIA READING / LECTURE GLYCÉMIE

DATE

_____	_____
_____	_____
_____	_____
_____	_____
_____	_____
_____	_____
_____	_____
_____	_____
_____	_____
_____	_____
_____	_____
_____	_____
_____	_____
_____	_____
_____	_____
_____	_____
_____	_____
_____	_____
_____	_____
_____	_____

NOTES

IMPORTANT PHONE NUMBERS

EMERGENCY

/POLICE/AMBULANCE 9-1-1

HEALTH INFO / INFO-SANTÉ 8-1-1

PIVOT NURSE :

Maria : 418-759-3443, ext. 2402

Chandler : 418-689-2261, ext. 2030

Gaspé : 418-368-3301, ext. 3053

Ste-Anne-des-Monts : 418-763-2261, ext. 2136

OGPAC 1-888-924-5050

ACEQ **1-800-463-0806**

RIMOUSKI HOSPITAL 418-724-3000

LAVAL HOSPITAL (IUCPQ) 418-656-4827

CHUL 418-525-4444

SAINT-FRANÇOIS D'ASSISE 418-525-4444

LEUCAN 1-877-606-2136

QUEBEC CANCER
FOUNDATION 1-800-363-0063

CANADIAN CANCER

SOCIETY

1-888-939-3333

QUEBEC POISON CONTROL

1-800-463-5060

SUICIDE HELP

1-866-277-3553

OTHERS:

This booklet was made possible thanks to the original producers of the Health Passport, the Megantic English-speaking Community Development Corporation (MCDC) and two other English-speaking community organizations that have committed time and resources, Jeffery Hale Community Services and Voice of English-speaking Quebec (VEQ). The electronic version of the Health Passport is produced by the Community Health and Social Services Network (CHSSN).



Health
Canada

Santé
Canada



A CHSSN initiative funded by Health Canada through the Roadmap for Canada's Official Languages 2013-2018 : Education, Immigration, Communities.

The views expressed herein do not necessarily represent the views of Health Canada.

**J'ai besoin de soins médicaux et je ne
parle pas français.**

**Pourriez-vous aller chercher
quelqu'un qui parle anglais, S.V.P?**



**I am in need of medical assistance
and I don't speak French, could you
please get someone who speaks
English for me.**

To get the Health Passport
Web App go to:

<http://cancergaspesie.ca/en/health-passport/>