

Veillez remplir ce formulaire afin que nous puissions vous aider

Please Complete This Form So We Can Help You

Conservez ce document avec vous. Un membre du personnel l'examinera d'ici peu.
Keep this paper with you. A staff person will look at your paper soon.

Nom du patient _____
Patient's name

- Homme _____ Âge _____ Poids _____ kilogrammes/livres
Male Age Weight kilograms/pounds
- Femme _____
Female

Qui remplit ce formulaire?

- Moi, le patient
 Un membre de la famille ou un ami du patient
 Un interprète pour le patient

Who is filling out this form?

- Me, the patient
Patient's family member or friend
An interpreter for the patient

Pourquoi êtes-vous ici?

- Je suis malade ou blessé à cause d'une catastrophe
 Je suis malade ou blessé mais pas à cause d'une catastrophe
 Je suis ici pour aider ou chercher un membre de la famille

Why are you here?

- I am ill or injured because of a disaster
I am ill or injured but not because of a disaster
I am here to help or look for a family member

Êtes-vous enceinte?

- Oui
 Je suis en travail
 Non
 Incertaine

Are you pregnant?

- Yes
I am in labor
No
I am not sure

Avez-vous voyagé à l'extérieur du pays au cours des 2 derniers mois?

- Oui
 Non

Have you traveled outside the country in the past 2 months?

- Yes
No

Si oui, dans quel pays?

If yes, to what country?

Quel problème de santé avez-vous?

Cochez toutes les cases appropriées.

- J'ai du mal à respirer
- J'ai des douleurs, une pression ou un inconfort à la poitrine
- J'ai des saignements
- J'ai de sévères maux de tête
- J'ai des vertiges ou me sens étourdi(e)
- J'ai des problèmes de vue
- Je n'entends rien
- J'ai un os cassé
- Ma peau est brûlante
- J'ai une éruption cutanée, une enflure ou des rougeurs
- Je me sens engourdi(e) ou j'ai des picotements
- J'ai la nausée, je vomis ou j'ai la diarrhée
- J'ai le nez qui coule, une toux ou de la fièvre

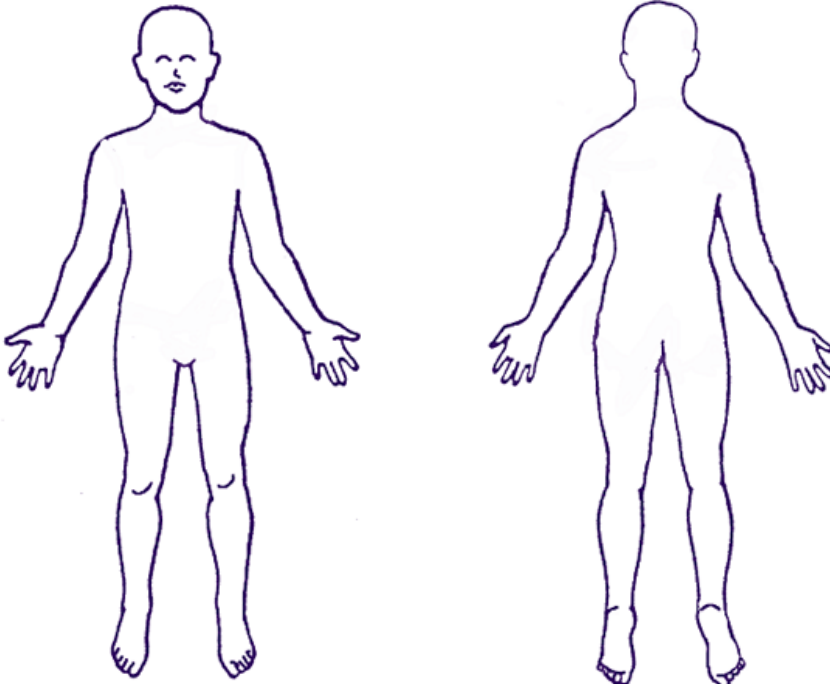
What problem are you having?

Mark all that apply.

- I am having trouble breathing
- I am having chest pain, pressure or discomfort
- I am bleeding
- I have a severe headache
- I feel dizzy or lightheaded
- I am having problems seeing
- I cannot hear
- I have a broken bone
- My skin is burning
- I have a skin rash, swelling or redness
- I feel numbness or tingling
- I have nausea, vomiting or diarrhea
- I have a runny nose, cough or a fever

Indiquez sur ces dessins les endroits où vous ressentez une douleur.

Mark on these figures where you feel pain.



Cochez les maladies ou les troubles que vous avez actuellement ou que vous avez eu dans le passé.

- Asthme
- Diabète
- Maladie cardiaque
- Hépatite
- Pression artérielle élevée
- Immunosuppression à cause du VIH, d'un cancer ou d'une autre raison
- AVC

Cochez les médicaments que vous prenez.

- Médicaments pour le cœur
- Hypotenseurs
- Anticoagulants comme le Coumadin
- Médicaments respiratoires
- Insuline
- Médicaments sans ordonnance comme des **antiacides, des laxatifs ou des analgésiques**

Cochez les allergies dont vous souffrez.

- Produits laitiers comme des œufs ou le lait
- Fruits de mer
- Colorant ou l'iode
- Aspirine
- Pénicilline
- Morphine
- Sulfamide
- Latex
- Autre _____

Mark any diseases or conditions you have or have had in the past.

- Asthma
- Diabetes
- Heart disease
- Hepatitis
- High blood pressure
- Immunosuppression from HIV, cancer or other reason
- Stroke

Mark any medicines you are taking.

- Heart medicines
- Blood pressure medicines
- Blood thinners such as Coumadin
- Breathing medicines
- Insulin
- Other over the counter medicines such as **antacids, laxatives or pain medicines**

Mark any allergies you have.

- Dairy products such as eggs or milk
- Seafood
- Dye or iodine
- Aspirin
- Penicillin
- Morphine
- Sulfa
- Latex
- Other