

Health Passport Santé



When Language Matters

Quand la langue compte



***This booklet belongs to:
Ce livret appartient à:***

If found please call
AGAPE Inc. at 450.686.4333
and arrangements will be made to return
it to its owner.

Si ce livre est retrouvé, s'il vous plait
communiquez avec
AGAPE Inc.
au 450.686.4333 afin qu'il soit retourné
à son propriétaire.



**Association Amicale des Jeunes et
Parents AGAPE Inc.**

**The Youth and Parents AGAPE
Association Inc.**

3950 Notre-Dame, Laval, Quebec - H7W 1S7

www.agapeassociationinc.com

EMERGENCY CONTACTS / EN CAS D'URGENCE CONTACTER:

Primary contact/Contact principal:

Name/nom: _____

Language spoken / langue parlée: _____

Home/domicile: _____

Cell: _____

Work/travail: _____

Secondary contact/Contact secondaire:

Name/nom: _____

Language spoken / langue parlée: _____

Home/domicile: _____

Cell: _____

Work/travail: _____

Family doctor / médecin de famille:

Name/nom: _____

Tel./tél: _____

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 communicate 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:

Be sure to check with Agape Inc.
(<http://www.agapeassociationinc.com>) to see if they have an electronic version of the Health Passport.

TABLE OF CONTENTS

Info-Santé / Info Social	p.6
Preparing to see a doctor	p.6
Medical Status	p.7
- Current Allergies	
- Current medications	
Medical History	p.8
- Medical conditions/diagnoses	
- Surgeries	
Living Habits	p.9
Lexicon	
- Greetings	p.10
- Type of pain	p.11
- Pain Scale	p.12
- Timing	p.13
- Orientation	p.13
- External body parts	p.14
- Internal body parts	p.15
- Symptoms	p.16-17
- Headaches	p.18-19
- Chest pain	p.20-21
- Abdominal pain	p.22-23
- Muscle and joint pain	p.24
- Neurological	p.25
- Depression	p.26
Blood pressure	p.27
Glycaemia record	p.28
Notes	p.29
Important Phone Numbers	p.30

INFO SANTÉ / INFO SOCIAL

Tel.: 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

Write down:

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

MEDICAL STATUS / STATUT MÉDICALE

Current allergies/Allergies courantes:

Current medications / Médicaments courants:

Name/nom

Dose

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 / Conditions Médicales

i.e. high blood pressure, diabetes, asthma, etc.,

ex. l'hypertension, diabète, asthme, etc.

Surgeries / Chirurgies

Date

Surgeries / Chirurgies	Date
<hr/>	<hr/>
<hr/>	<hr/>
<hr/>	<hr/>
<hr/>	<hr/>
<hr/>	<hr/>
<hr/>	<hr/>
<hr/>	<hr/>
<hr/>	<hr/>
<hr/>	<hr/>
<hr/>	<hr/>

LIVING HABITS / HABITUDES DE VIE

Smoker/Fumeur

yes/ oui

no/ non

quit/arrêt

Qty per day / Qté par jour : _____

since/depuis : _____

Alcohol / Alcool

yes/ oui

no/ non

quit/arrêt

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 : _____

LEXICON / LEXIQUE

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

GREETINGS / SALUTATIONS

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.

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 bas

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

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 / Orteille

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

Spine / Colonne vertébrale

Spleen / Rate

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

(Symptoms continued)

Heartburn / Brûlements d'estomac

Hives / Urticaires

Limping / Claudication (Boiter)

Muscle aches / Douleurs musculaire

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

Sputum / Crachat: verdâtre, jaunâtre

Stomach pain / Douleur d'estomac

Swollen / Enflure

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.

Je me suis cogné la tête.

YES

OUI

NO

NON

I fainted.

J'ai perdu conscience.

YES

OUI

NO

NON

I feel dizzy.

Je me sens étourdi.

YES

OUI

NO

NON

I feel nauseous.

J'ai des nausées.

YES

OUI

NO

NON

I have vomited.

J'ai vomi.

YES

OUI

NO

NON

(Headache continued)

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

Loud sounds bother me.	YES	NO
Les bruits forts me dérangent.	OUI	NON

The pain is...	BACK	FRONT	SIDE
La douleur est...	ARRIÈRE	AVANT	CÔTÉ

The pain is squeezing, pressing.	YES	NO
La douleur serre, écrase.	OUI	NON

The pain is throbbing, pounding.	YES	NO
La douleur est pulsatile, martèle.	OUI	NON

My eyes are sensitive to lights.	YES	NO
La lumière me fait mal aux yeux.	OUI	NON

CHEST PAIN / DOULEUR THORACIQUE

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

(Chest pain continued)

It goes away with rest.	YES	NO
Ça disparaît avec le repos.	OUI	NON

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 cœur 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	SHOULDER
Douleur :	BRAS	DOS	MÂCHOIRE	ÉPAULE

ABDOMINAL PAIN / DOULEUR ABDOMINALE

I have abdominal cramps	YES	NO
J'ai des crampes abdominales.	OUI	NON

I have blood in my stool.	YES	NO
J'ai du sang dans mes selles.	OUI	NON

I have diarrhea.	YES	NO
J'ai de la diarrhée.	OUI	NON

I have heartburn.	YES	NO
J'ai des brûlements d'estomac.	OUI	NON

I have mucus in my stool.	YES	NO
J'ai du mucus dans mes selles.	OUI	NON

I have no appetite	YES	NO
Je n'ai pas d'appétit.	OUI	NON

(Abdominal pain continued)

I have stomach pain	YES	NO
J'ai de la douleur à l'estomac.	OUI	NON

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...

J'ai 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

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

GLYCAEMIA READING

DATE

LECTURE GLYCÉMIE

NOTES

IMPORTANT PHONE NUMBERS

EMERGENCY/POLICE/AMBULANCE

9-1-1

INFO-SANTÉ / INFO SOCIAL

8-1-1

CITY OF LAVAL (from home phone)

3-1-1

QUEBEC POISON CONTROL

1-800-463-5060

SUICIDE HELP

1-866-277-3553

ELDER ABUSE

1-888-489-2287

YOUTH PROTECTION

1-800-463-4834

SOS CONJUGAL VIOLENCE

1-800-363-9010

CAAP LAVAL-complaints about the health system

450-662-6022

CITY OF LAVAL (Crisis Intervention)

450-662-4595

TAXI CO-OPLAVAL

450-688-8700

AGAPE INC.

450-686-4333

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).

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



**Health
Canada** **Santé
Canada**



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:**

health-passport.ca