

Examen de santé initial des demandeurs d'asile adultes [FRANÇAISX]

Aikuisten turvapaikanhakijoiden alkuterveystarkastus [Ranska]

DONNÉES PRÉLIMINAIRES (ANAMNÈSE)			
	NOM DE FAMILLET ET PRÉNOM :	DATE DE NAISSANCE :	NUMÉRO UMAREK :
Données de fond	PAYS DE NAISSANCE : Dans quel pays êtes-vous né.e ? <i>Inscrivez le pays de naissance / Aucune donnée</i>	NIVEAU D'ÉDUCATION : Quel(le) est votre formation ou votre diplôme le/la plus élevée ? <i>Aucune formation OU niveau préscolaire / niveau primaire inférieur / niveau primaire supérieur / niveau moyen / niveau supérieur le plus bas / niveau supérieur le plus élevé / niveau de chercheur / niveau de formation inconnu.</i>	
	PROFESSION ET TRAVAIL : Dans quel secteur avez-vous principalement travaillé avant votre arrivée en Finlande ? <i>Soldats / Directeurs / Experts spécialisés / Experts / Employés de bureau et de service-client / Employés dans les services et les ventes / Agriculteurs, travailleurs forestiers etc. / Travailleurs de la construction, de réparation et de fabrication / Travailleurs du secteur de process et de transport / Autres travailleurs / Inconnu</i>	ALPHABÉTISATION : Quel est votre niveau de lecture ? <i>Je suis capable de lire toutes sortes de textes / Je suis capable de lire un texte simple / Je suis capable de lire des noms, des mots et phrases très simples / Je ne sais pas lire du tout</i>	
	PAYS DE SÉJOUR : Dans quels pays avez-vous habité avant d'arriver en Finlande ? <i>Inscrivez les pays de résidence / Pas d'autres pays de résidence / Aucune donnée</i>	CONDITIONS : Avez-vous vécu dans la rue, dans des camps de réfugiés, au centre d'accueil ou bien avez-vous été placé.e en rétention ou en prison ? <i>Non / Dans la rue / Dans un camp de réfugiés / Au centre d'accueil / Dans une unité de rétention / En prison / Aucune donnée</i>	
Maladies	ÉTAT DE SANTÉ RESENTI : Quel est votre sentiment par rapport à votre santé à l'heure actuelle ? Vos alternatives de réponse sont : <i>Très bon / Bon / Satisfaisant / Mauvais / Très mauvais</i>	MALADIES DE LONGUE DURÉE : Avez-vous une maladie de longue durée ou des problèmes de santé ? Les maladies peuvent être, par exemple, la tension artérielle, la dépression, une maladie cardiaque ou une allergie. <i>Inscrivez les maladies / Non / Aucune donnée</i>	
	ANAMNÈSE DE TUBERCULOSE : Avez-vous, un membre de votre famille ou un proche attrapé la tuberculose auparavant ? <i>Oui / Non / Aucune donnée</i>	PÉRIODES D'HOSPITALISATION ET OPÉRATIONS CHIRURGICALES : Avez-vous passé/subi de vastes examens ou traitements, périodes d'hospitalisation ou opérations chirurgicales ? <i>Oui / Non / Aucune donnée</i>	
Médication	MÉDICATION ACTUELLE : Quels médicaments prenez-vous à l'heure actuelle ? Y a-t-il certains médicaments qui vous ont été prescrits que vous ne prenez pas à l'heure actuelle ?		
État de santé actuel	SYMPTÔMES : Avez-vous eu au courant de ce dernier mois des symptômes ou des douleurs/soucis de santé ? Les symptômes peuvent être, par exemple, des maux de dents, de tête et du dos, des troubles de l'estomac, des problèmes de peau ou une perte de poids non voulue. <i>Oui / Non / Aucune donnée</i>		
	FIÈVRE : Avez-vous eu au courant de ce dernier mois une fièvre qui a duré plus de trois semaines ? <i>Oui / Non / Aucune donnée</i>	CRACHATS: Avez-vous eu au courant de ce dernier mois de la toux à l'occasion de laquelle vous avez craché des glaires ou du sang ? <i>Oui / Non / Aucune donnée</i>	

CAPACITÉ : Est-ce qu'un problème de santé vous limite / dans vos activités quotidiennes ? Les alternatives de réponse sont : <i>Ne limite pas / Limite, mais pas gravement / Limite gravement</i>	
VUE : Avez-vous des problèmes de vue qui vous gênent dans vos activités quotidiennes ? <i>Oui / Non / Aucune donnée</i>	OUIË : Avez-vous des problèmes d'ouïe qui vous gênent dans vos activités quotidiennes ? <i>Oui / Non / Aucune donnée</i>

État de santé psychique	EXPÉRIENCES TRAUMATISANTES : Il peut arriver des choses qui sont extrêmement choquantes pour les personnes, et qui peuvent avoir des répercussions à long terme sur la santé et le bien-être. Je vais à présent vous questionner sur quelques expériences de ce type. Avez-vous expérimenté ce genre de choses traumatisantes : Avez-vous été torturé.e ? Avez-vous été victime de violences sexuelles ? Avez-vous été forcé.e, mis.e sous pression ou dupé.e pour faire des choses que vous ne vouliez pas faire ? Avez-vous expérimenté d'autres expériences traumatisantes, lesquelles ? <i>Non / Torturé.e / Violences sexuelles / Forcé.e / Autre expérience traumatisante / Aucune donnée</i>												
	HANDICAPS : Avez-vous un handicap résultant de violences ou d'un accident ? <i>Oui / Non / Aucune donnée</i>	MENACE DE VIOLENCE : Expérimentez-vous à l'heure actuelle une menace de violences ? <i>Oui / Non / Aucune donnée</i>											
	SYMPTÔMES DE SANTÉ MENTALE (QUESTIONNAIRE PROTECT) : Nous allons à présent vous poser des questions que les expériences mentionnées ci-dessus peuvent causer, par exemple. Répondez aux questions en vous basant sur ces dernières semaines :												
	<table border="0"> <tr> <td><input type="checkbox"/> difficultés à s'endormir</td> <td><input type="checkbox"/> colère</td> <td><input type="checkbox"/> perte d'intérêt</td> </tr> <tr> <td><input type="checkbox"/> cauchemars</td> <td><input type="checkbox"/> souvenirs douloureux</td> <td><input type="checkbox"/> difficultés de concentration</td> </tr> <tr> <td><input type="checkbox"/> maux de tête</td> <td><input type="checkbox"/> peur</td> <td></td> </tr> <tr> <td><input type="checkbox"/> autres douleurs physiques</td> <td><input type="checkbox"/> oublis</td> <td>Nombre de points Protect : ___/ 10</td> </tr> </table>		<input type="checkbox"/> difficultés à s'endormir	<input type="checkbox"/> colère	<input type="checkbox"/> perte d'intérêt	<input type="checkbox"/> cauchemars	<input type="checkbox"/> souvenirs douloureux	<input type="checkbox"/> difficultés de concentration	<input type="checkbox"/> maux de tête	<input type="checkbox"/> peur		<input type="checkbox"/> autres douleurs physiques	<input type="checkbox"/> oublis
<input type="checkbox"/> difficultés à s'endormir	<input type="checkbox"/> colère	<input type="checkbox"/> perte d'intérêt											
<input type="checkbox"/> cauchemars	<input type="checkbox"/> souvenirs douloureux	<input type="checkbox"/> difficultés de concentration											
<input type="checkbox"/> maux de tête	<input type="checkbox"/> peur												
<input type="checkbox"/> autres douleurs physiques	<input type="checkbox"/> oublis	Nombre de points Protect : ___/ 10											
PENSÉES AUTODESTRUCTIVES : Avez-vous eu au courant de ces dernières semaines des pensées d'automutilation ? <i>Oui / Non / Aucune donnée</i>													

Habitudes sanitaires	PRODUITS DE TABAC : Fumez-vous ou utilisez-vous d'autres produits à base nicotine, comme la cigarette électrique ou la chicha (pipe à eau), ou bien avez-vous fumé auparavant et arrêté ? <i>Tabac / Tabac à chiquer (snus) / Cigarette électronique / Autre</i>		UTILISATION DU PRODUIT DE TABAC : Selon quelle fréquence ? <i>Chaque jour / À l'occasion / Jamais / A arrêté</i>
	CONSOMMATION D'ALCOOL : Consommez-vous de l'alcool ? <i>Oui / Non / Aucune donnée</i>		
	AUDIT TEST C 1. Selon quelle fréquence buvez-vous de la bière, du vin ou des autres boissons alcoolisées ? Essayez aussi de compter les fois où vous avez bu seulement de petites quantités, par exemple, une petite bouteille de bière ou une goutte de vin ? <input type="checkbox"/> Jamais (0) <input type="checkbox"/> Environ une fois par mois ou plus rarement (1) <input type="checkbox"/> 2-4 fois par mois (2) <input type="checkbox"/> 2-3 fois par semaine (3) <input type="checkbox"/> 4 fois par semaine ou plus souvent (4)	2. Combien de fois avez-vous consommé six doses ou plus à la fois ? <input type="checkbox"/> Jamais (0) <input type="checkbox"/> Moins d'une fois par mois (1) <input type="checkbox"/> Deux fois par mois (2) <input type="checkbox"/> Une fois par semaine (3) <input type="checkbox"/> Chaque jour ou presque chaque jour (4)	3. Combien de doses d'alcool vous avez généralement pris les jours où vous avez consommé de l'alcool ? <input type="checkbox"/> 1-2 doses (0) <input type="checkbox"/> 3-4 doses (1) <input type="checkbox"/> 5-6 doses (2) <input type="checkbox"/> 7-9 doses (3) <input type="checkbox"/> 10 ou plus (4) Nombre de points : ___/ 16
	CONSOMMATION D'AUTRES STUPÉFIANTS : Avez-vous consommé d'autres stupéfiants comme le cannabis, le khat ou d'autres drogues ou médicaments dans le but de vous enivrer ? <i>Non / Opioïdes / Stimulants / Somnifères ou calmants / Hallucinogènes / Solvants / Gamma ou vernis / Cannabis / Autres / Aucune donnée</i>		

Santé sexuelle et reproductive	PROBLÈMES LIÉS À LA MÉNSTRUATION : Avez-vous des problèmes liées aux règles ? <i>Rien / Douleurs observées pendant les règles / Règles abondantes / Règles irrégulières / Autres maux, lesquels?</i>			
	GROSSESSE : Êtes-vous enceinte ? <i>Oui / Non / Aucune donnée</i>	DERNIÈRES RÈGLES : Quand avez-vous eu vos dernières règles ?	NOMBRE DE GROSSESSES : Avez-vous déjà été enceinte auparavant ? Si oui, combien de fois ?	NOMBRE D'ACCOUCHEMENTS : Avez-vous déjà accouché auparavant ? Si oui, combien de fois ?
	Je vais ensuite vous poser des questions sur vos partenaires sexuels. Nous pourrions ainsi discuter pour savoir si vous avez besoin d'informations, d'exams ou de traitement à ce sujet. Il est important que vous répondiez aux questions selon			

vosre propre situation sans penser à ce qui est généralement acceptable au sein de votre communauté. En Finlande, il est interdit de discriminer en se basant sur la sexualité ou le comportement sexuel.	
SEXE : Avez-vous eu des rapports sexuels pendant cette dernière année ? <i>Pas du tout de rapports sexuels / Rapports sexuels avec personne d'un autre sexe / Rapport sexuel avec personne de même sexe / Ne veut pas dire</i>	NOMBRE DE PARTENAIRES SEXUELS : Avec combien de personnes avez-vous eu des rapports sexuels pendant cette dernière année ? <i>Seulement une / 1-10 / plus de 10 / Ne veut pas dire</i>
CONTRACEPTION : Avez-vous besoin d'un moyen de contraception pour ne pas tomber enceinte ou pour prévenir les maladies sexuellement transmissibles ? <i>Aucun besoin, et je n'en utilise pas / J'en ai besoin mais je n'en utilise pas / Utilise un moyen de contraception / Ne veut pas dire</i>	
CIRCONCISION : Dans certains pays, on pratique la circoncision féminine/masculine qui peut avoir un impact sur la santé. Avez-vous subi une circoncision ? <i>Oui / Non / Aucune donnée</i>	

AUTRES DONNÉES PRÉLIMINAIRES

DONNÉES LIÉES AUX RISQUES (par ex. allergies aux médicaments)

ÉTAT ACTUEL (STATUT)	
PEAU : Y a-t-il des choses anormales à noter dans l'examen de la peau ? <i>Oui / Non / Aucune donnée</i>	EXAMEN BUCCAL : Y a-t-il des choses anormales à noter dans l'examen de la bouche ? <i>Oui / Non / Aucune donnée</i>

AUTRES REMARQUES CONCERNANT L'ÉTAT ACTUEL

DIMENSIONS PHYSIOLOGIQUES		
TENSION ARTÉRIELLE ET POUFS :		TEMPÉRATURE CORPORELLE :
POIDS, KG : Votre poids a-t-il changé ?	TAILLE, CM :	BMI :

VACCINS
VACCINS PRÉCÉDENTS : Quels vaccins avez-vous/votre enfant a eu avant d'arriver en Finlande ? <i>Aucun vaccin / Quelques vaccins / Tous les vaccins du pays de départ</i>
DONNÉES CONCERNANT LES VACCINS :

PLAN
PLAN :

TRAITEMENT ULTÉRIEUR ET EXAMENS COMPLÉMENTAIRES :

Radio des poumons / Tests sanguins de dépistage / Examen de santé initial du Médecin / Soignant du centre d'accueil / Médecin / Dentiste / Centre Neuvola / Soins de santé de l'école ou de l'établissement d'études / Travailleur social / Autre ordonnance ou rendez-vous

ENCADREMENT :

Services de santé / Médicaments d'autotraitement / Santé mentale / santé SELI / Alimentation / Santé buccale / Autre encadrement

CONSENTEMENT DE TRANSMISSION DES DONNÉES :

Consentement fourni / Consentement limité / Aucun consentement

ACCORD DE PROCURATION DES DOCUMENTS PAR D'AUTRES ÉTABLISSEMENTS DE SOINS :

Consentement fourni / Consentement limité / Aucun consentement

SIGNATURE :