

**PATIENT****PERSONNEL DE SANTÉ****Je suis/j'ai/je me sens****j'ai/je suis****Je veux****Je vais**

1. ESSOUFLÉ

13. MAL

24. OXYGÈNE

39. PRENDRE LA TEMPÉRATURE

2. PEUR

14. MAL AU VENTRE

25. ÊTRE DANS UNE AUTRE POSITION

40. DONNER DES MÉDICAMENTS

3. HEUREUX

15. MAL DE TÊTE

26. DEMANDER QUELQUE CHOSE

41. ALLUMER/ÉTEINDRE APPAREIL DE RESPIRATION

4. EN COLÈRE

16. PRESSION SUR LA POITRINE

27. D'AVANTAGE D'EXPLICATIONS

42. DONNER DE L'OXYGÈNE

5. TRISTE

17. BOUCHE SÈCHE/SOIF

28. BOIRE

43. POMPER/ASPIRER

6. NAUSÉUX/ENVIE DE VOMIR

18. FAIM

29. MANGER

44. PRENDRE LA TENSION

7. FATIGUÉ

19. MUCOSITÉS DANS LA GORGE

30. URINER/ALLER À LA SELLE

45. CHANGER POSITION DANS LE LIT

8. JE ME SENS SEUL

20. FROID

31. ALLUMER LUMIÈRE/ÉTEINDRE LUMIÈRE

46. METTRE SOUS PERFUSION

9. INQUIET

21. CHAUD

32. ALLUMER TÉLÉ/ÉTEINDRE TÉLÉ

47. PLACER UN CATHÉTER/SONDE

10. DÉSORIENTÉ/EMBROUILLÉ

22. DÉMANGEAISON/ÇA GRATTE

33. LE DOCTEUR

48. FAIRE UNE PRISE DE SANG

11. JE NE ME SENS PAS BIEN

23. ASSEZ DE NOURRITURE

34. DE L'AIDE

49. APPELER UN DOCTEUR

12. JE M'ENNUIE

35. RECEVOIR DES VISITEURS

50. POSER UNE QUESTION

36. APPELER/TÉLÉPHONER

51. VOUS EN DIRE PLUS

37. ALLER CHEZ MOI

52. VOUS TOUCHER/ VOUS LAVÉ

38. LE TABLEAU DES LETTRES

53. APPELER QUELQU'UN POUR VOUS

**OUI****PLUS****JE NE SAIS PAS****MOINS****NON**

1 <sup>er</sup>	A	B	C	D	E	F	G
2 <sup>e</sup>	H	I	J	K	L	M	N
3 <sup>e</sup>	O	P	Q	R	S	T	.
4 <sup>e</sup>	U	V	W	X	Y	Z	?

INCORRECT

ESPACE

PIVOTER CARTE



0	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10
---	---	---	---	---	---	---	---	---	---	----



OUI

JE NE SAIS PAS

NON

PATIENT	PERSONNEL DE SANTÉ
60. QUE VA-T-IL SE PASSER MAINTENANT?	72. COMMENT VOUS SENTEZ-VOUS?
61. EST-CE QUE JE VAIS ALLER MIEUX?	73. AVEZ-VOUS MAL?
62. EST-CE QUE JE VAIS AVOIR MAL?	74. OÙ EST LA DOULEUR?
63. QUE SE PASSE-T-IL SI JE NE PEUX RESPIRER?	75. AVEZ-VOUS BESOIN DE QUELQUE CHOSE?
64. QUAND PUIS-JE RENTRER CHEZ MOI?	76. PUIS-JE TENIR QUELQU'UN AU COURANT?
65. SUIS-JE EN TRAIN DE MOURIR?	77. EST-CE QUE JE PEUX FAIRE QUELQUE CHOSE POUR VOUS?
66. QUELS SONT LES RÉSULTATS?	78. AVEZ-VOUS DES DIFFICULTÉS À RESPIRER?
67. POURQUOI NE PUIS-JE PAS AVOIR DE VISITES?	79. VOULEZ-VOUS L'APPAREIL À OXYGÈNE?
68. EST-CE QUE JE PEUX Y RÉFLÉCHIR S'IL VOUS PLAÎT?	80. VOULEZ-VOUS DES MÉDICAMENTS?
69. QUELLE HEURE EST-IL?	81. AVEZ-VOUS FROID?/AVEZ-VOUS CHAUD?
70. QUEL JOUR SOMMES-NOUS?	82. VOULEZ-VOUS ÊTRE DANS UNE POSITION DIFFÉRENTE DANS VOTRE LIT?
71. J'AI UNE AUTRE QUESTION	

1 <sup>er</sup>	A	B	C	D	E	F	G
2 <sup>e</sup>	H	I	J	K	L	M	N
3 <sup>e</sup>	O	P	Q	R	S	T	.
4 <sup>e</sup>	U	V	W	X	Y	Z	?

INCORRECT

ESPACE

PIVOTER CARTE



0	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10
---	---	---	---	---	---	---	---	---	---	----



OUI

JE NE SAIS PAS

NON