



CHSSN

HEALTH PASSPORT

PASSEPORT SANTÉ



When Language Matters
Quand la langue compte

THIS BOOKLET BELONGS TO:
CE LIVRET APPARTIENT À:

Name/ nom: _____

If found, please call

MCDC

581.500.3754

and arrangements will be made
to return to its owner.

Si ce livret est retrouvé,
merci de communiquer avec

MCDC

581.500.3754

afin qu'il soit retourné à son propriétaire.



1190B rue de Courchevel, Local 448
Lévis, QC G6W 0M6
581 500.3754
www.mcdc.info

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 your local community organization to see if they have an electronic version of the Health Passport.

www.mcdc.info

TABLE OF CONTENTS

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

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.

LIFESTYLE 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

Good evening

Good bye

Bonjour

Bonsoir

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 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 légère

Moderate pain

Douleur modérée

Numbing pain

Engourdissement

Severe pain

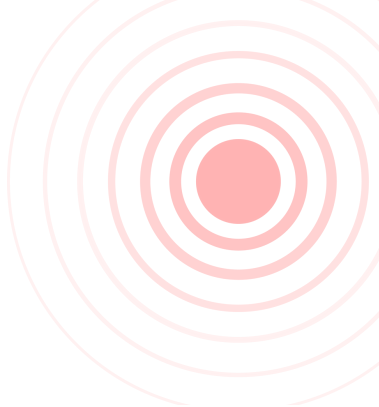
Douleur sévère

Stabbing pain

Douleur vive

Throbbing pain

Douleur de type
élançement



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

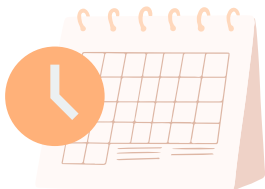
Hier

Morning

Matin

Afternoon

Après-midi



Evening

Soirée

Last night

La nuit dernière

This morning

Ce matin

One hour ago

Depuis une heure

ORIENTATION

Right

À droite

Left

À gauche

Front

Devant

Back

Derrière



Up

En haut

Down

En 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

Orteil

Tongue

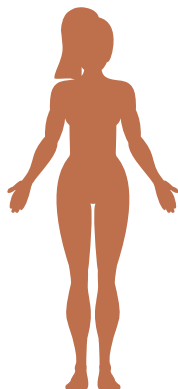
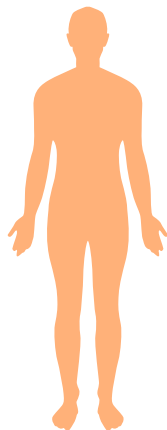
Langue

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

Spine

Colonne vertébrale

Spleen

Rate

Stomach

Estomac

Testicle

Testicule

Throat

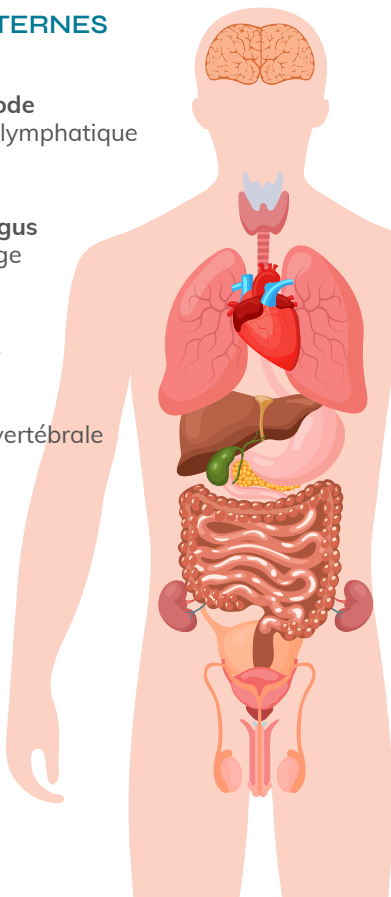
Gorge

Uterus

Utérus

Vein

Veine



SYMPTOMS

SYMPTÔMES



Abdominal cramps

Crampes
abdominales

Bloated

Ballonné

Blurred vision

Trouble de vision

Bruising

Echymoses (Bleus)

Chest pain

Douleur thoracique

Cold sweats

Sueurs froides

Constipation

Constipation

Coughing

Toux

Difficulty

swallowing

Difficulté à
avalier

Dizziness

Étourdissement

Dry cough

Toux sèche

Ear ache

Mal d'oreille

Fatigue

Fatigue

Fever

Fièvre

General discomfort

Malaise général

Headache

Mal de tête

Heartburn

Brûlures
d'estomac

Hives

Urticaires

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

Sputum

Crachat /
expectoration

Stomach pain

Douleur
d'estomac

Swollen

Enflure

Tiredness

Fatigue

Vomiting

Vomissement

Wheezing

Sifflement
bronchique

HEADACHE

MAL DE TÊTE



1. I hit my head. Je me suis cogné la tête.	Yes Oui	No Non	
2. I fainted. J'ai perdu conscience.	Yes Oui	No Non	
3. I feel nauseous. J'ai des nausées.	Yes Oui	No Non	
4. I have vomited. J'ai vomi.	Yes Oui	No Non	
5. I have fever. Je fais de la fièvre.	Yes Oui	No Non	
6. Loud sounds bother me. Les bruits forts me dérangent.	Yes Oui	No Non	
7. The pain is... La douleur est...	Back en arrière	Front en avant	Side sur le côté
8. The pain is squeezing, pressing. La douleur serre, écrase.	Yes Oui	No Non	
9. The pain is throbbing, pounding. La douleur est pulsatile, martèle.	Yes Oui	No Non	
10. I hit my head. Je me suis cogné la tête.	Yes Oui	No Non	
11. My eyes are sensitive to lights. La lumière me fait mal aux yeux.	Yes Oui	No Non	

CHEST PAIN

DOULEUR ABDOMINALE



1. I have chest pain. J'ai une douleur thoracique.	Yes Oui	No Non
2. It is a crushing, stabbing pain. C'est une douleur écrasante.	Yes Oui	No Non
3. The pain came on fast. La douleur est arrivée soudainement.	Yes Oui	No Non
4. It is associated with effort. C'est associé avec l'effort.	Yes Oui	No Non
5. The pain started at rest. La douleur est apparue au repos.	Yes Oui	No Non
6. I have had this pain before. J'ai déjà ressenti cette douleur.	Yes Oui	No Non
7. It goes away with rest. Ça disparaît avec le repos.	Yes Oui	No Non
8. I have a heart condition. J'ai un problème cardiaque.	Yes Oui	No Non
9. I take medication for my heart. Je prends des médicaments pour mon cœur.	Yes Oui	No Non
10. I have trouble breathing. J'ai de la difficulté à respirer.	Yes Oui	No Non
11. My heart is racing. Mon cœur bat rapidement.	Yes Oui	No Non
12. Feels like my heart is palpitating. J'ai des palpitations cardiaques.	Yes Oui	No Non

Pain in my:	Arm	Back	Jaw	Shoulder
Douleur :	Bras	Dos	Mâchoire	Épaule

ABDOMINAL PAIN

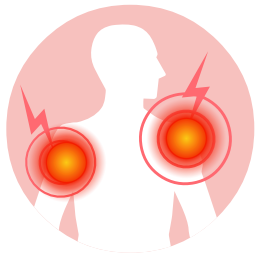
DOULEUR ABDOMINALE



1. I have abdominal cramps J'ai des crampes abdominales.	Yes Oui	No Non
2. I have blood in my stool. J'ai du sang dans mes selles.	Yes Oui	No Non
3. I have diarrhea. J'ai de la diarrhée.	Yes Oui	No Non
4. I have heartburn. J'ai des brûlures d'estomac.	Yes Oui	No Non
5. I have mucus in my stool. J'ai du mucus dans mes selles.	Yes Oui	No Non
6. I have no appetite Je n'ai pas d'appétit.	Yes Oui	No Non
7. I have stomach pain J'ai de la douleur à l'estomac.	Yes Oui	No Non
8. I have been vomiting. J'ai des vomissements.	Yes Oui	No Non
9. I feel bloated. Je me sens gonflé.	Yes Oui	No Non
10. The pain spreads through my back. La douleur s'étend à mon dos.	Yes Oui	No Non
11. My stools are dark. Mes selles sont foncées.	Yes Oui	No Non

MUSCLE AND JOINT PAIN

DOULEUR MUSCULAIRE ET ARTICULAIRE



I fell and I hurt my...

Je suis tombé(e) 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 la mémoire.

I have difficulty speaking or understanding.

J'ai de la difficulté à parler et à 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 tout intérêt pour les choses que j'aimais.

IMPORTANT PHONE NUMBERS



EMERGENCY/POLICE/AMBULANCE	9-1-1
INFO-SANTÉ / INFO SOCIAL	8-1-1
CITY INFORMATION LINE	3-1-1
ESSENTIAL COMMUNITY SERVICES	2-1-1
QUEBEC POISON CONTROL	1-800-463-5060
SUICIDE HELPLINE	1-866-277-3553
ELDER ABUSE	1-888-489-2287
YOUTH PROTECTION	1-800-463-4834
SOS CONJUGAL VIOLENCE	1-800-363-9010
CAAP- Complaints about the health system	1-877-767-2227

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



COMMUNITY HEALTH &
SOCIAL SERVICES NETWORK

RÉSEAU COMMUNAUTAIRE DE
SANTÉ ET DE SERVICES SOCIAUX

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'il vous plaît?**

**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