

# Health Passport Santé



*When Language Matters*

Question de langue



This booklet belongs to:  
Ce livre appartient à :

---

 **IMPORTANT PHONE NUMBERS**

EMERGENCY/POLICE/AMBULANCE .....9-1-1

INFO-SANTÉ/INFO-SOCIAL ..... 8-1-1

QUEBEC POISON CONTROL..... 1-800-463-5060

SUICIDE HELP ..... 1-866-277-3553

ELDER ABUSE..... 1-888-489-2287

YOUTH PROTECTION..... 1-800-361-5310

SOS CONJUGAL VIOLENCE.....1-800-363-9010

CAAP MONTRÉGIE ..... 1-800-263-0670

OTHERS:

---

---

---



**EMERGENCY CONTACTS/  
EN CAS D'URGENCE CONTACTER :**

**▶ Primary contact/Contact principal :**

Name/nom : \_\_\_\_\_

Language/langue parlée : \_\_\_\_\_

Home/domicile : \_\_\_\_\_

Cellphone/cellulaire : \_\_\_\_\_

Work/travail : \_\_\_\_\_

**▶ Secondary contact/Deuxième contact :**

Name/nom : \_\_\_\_\_

Language/langue parlée : \_\_\_\_\_

Home/domicile : \_\_\_\_\_

Cellphone/cellulaire : \_\_\_\_\_

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 to speak 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:**

[www.health-passport.ca](http://www.health-passport.ca)

  
 **TABLE OF CONTENTS**

Important Phone Numbers.....	p.2
CISSSME .....	p.6-7
Info-Santé/Info-Social.....	p.7
Preparing to see a doctor.....	p.8
Medical Status .....	p.9
– Allergies	
– Current medications	
Medical History .....	p.10
– Medical conditions/diagnoses	
– Surgeries	
Living Habits .....	p.11
Lexicon	
- Greetings .....	p.12
- Type of pain.....	p.13
- Pain Scale .....	p.14
- Timing.....	p.15
- Orientation.....	p.15
- External body parts.....	p.16
- Internal body parts.....	p.17
- Symptoms .....	p.18-19
- Headaches.....	p.20-21
- Chest pain .....	p.22-23
- Abdominal pain.....	p.24-25
- Muscle and joint pain.....	p.26
- Neurological.....	p.27
- Depression .....	p.28
Blood pressure .....	p.29
Glycaemia record .....	p.30



**Centre intégré  
de santé  
et de services sociaux  
de la Montérégie-Est**

**Québec** 

The Centre intégré de santé et de services sociaux de la Montérégie-Est (CISSS-ME) is an organization offering quality health care and social services :

- To 510 000 citizens;
- In six Municipalités régionales de comté (MRC) (Acton, Pierre-de Saurel, Haute Yamaska, Marguerite D'Youville, Les Makoutins and Vallée-du-Richelieu);
- At Hôpital Pierre-Boucher, Hôpital Honoré-Mercier, Hôpital Pierre-De Saurel;
- A total of 56 installations including Direction de la santé publique, CLSC's, long term care facilities and CRDITED de la Montérégie-Est;
- At Centre jeunesse de la Montérégie (services overseeing the application of the Youth Protection Act) throughout the Montérégie region.



We offer several programs:

- Family-Childhood-Youth programs;
- Programs to support the autonomy of the elderly;
- Mental health programs;
- Disability programs;
- Public health programs.

[www.santeme.quebec](http://www.santeme.quebec)



## 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/ÉTAT DE SANTÉ

Current allergies/ Allergies connues :

---

---

---

---

---

---

---

Current medications/Médicaments :

Name/nom

Dose

<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, le diabète, l'asthme, etc.

Date

_____	_____
_____	_____
_____	_____
_____	_____
_____	_____
_____	_____
_____	_____

Surgeries/Chirurgies

Date

_____	_____
_____	_____
_____	_____
_____	_____
_____	_____
_____	_____
_____	_____

## 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	Good evening	Goodbye
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 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 – Verystrong

7 – Très fort

8 – Horrible

8 – Horrible

9 – Unbearable

9 – Insupportable

10 – Excruciating

10 – Atroce

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

Up/Haut

Left/Gauche

Down/Bas

Front/Devant

Upper/Plus haut

Back/Derrière

Lower/Plus bas




---

**EXTERNAL BODY PARTS/  
PARTIES DU CORPS EXTERNES**

Abdomen/Abdomen	Head/Tête
Ankle/Cheville	Hip/Hanche
Anus/Anus	Jaw/Mâchoire
Arm/Bras	Knee/Genou
Back/Dos	Lips/Lèvres
Breast/Sein	Mouth/Bouche
Buttock/Fesse	Neck/Cou
Calf/Mollet	Nose/Nez
Cheek/Joue	Penis/Pénis
Chest/Poitrine	Pubic area/Pubis
Chin/Menton	Shoulder/Épaule
Ear/Oreille	Skin/Peau
Elbow/Coude	Sinus/Sinus
Eyes/Yeux	Stomach/Estomac
Finger/Doigt	Teeth/Dents
Foot/Pied	Thigh/Cuisse
Forearm/Avant-bras	Throat/Gorge
Forehead/Front	Toe/Orteille
Genitals/Organes génitaux	Tongue/Langue
Hair/Cheveux	Vagina/Vagin
Hand/Main	Wrist/Poignet





**▶ INTERNAL BODY PARTS/  
PARTIES DU CORPS INTERNES**

Arteries/ Artères	Ovary/Ovaire
Bladder/Vessie	Pancreas/Pancréas
Bone/Os	Spleen/Rate
Brain/Cerveau	Spine/Colonne vertébrale
Cervix/Col de l'utérus	Stomach/Estomac
Gallbladder/Vésicule biliaire	Testicle/Testicule
Heart/Coeur	Throat/Gorge
Intestine/Intestin	Uterus/Utérus
Kidney/Rein	Vein/Veine
Larynx/Larynx	
Liver/Foie	
Lung/Poumon	
Lymph node/ Ganglion lymphatique	
Muscle/Muscle	
Oesophagus/Oesophage	



**▶ 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/Brûlures d'estomac

Hives/Urticaire

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

Swollen/Enflure

Sputum/Crachat: verdâtre, jaunâtre

Stomach pain/Douleur d'estomac

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.	YES	NO
Je me suis cogné la tête.	OUI	NON

I fainted.	YES	NO
J'ai perdu conscience.	OUI	NON

I feel dizzy.	YES	NO
Je me sens étourdi.	OUI	NON

I feel nauseous.	YES	NO
J'ai des nausées.	OUI	NON

I have vomited.	YES	NO
J'ai vomi.	OUI	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.  
La douleur serre, écrase.

The pain is throbbing, pounding.  
La douleur est pulsatile, martèle.

My eyes are sensitive to lights.  
La lumière me fait mal aux yeux.

## ▶ 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 palpating.	YES	NO
J'ai des palpitations cardiaques.	OUI	NON

Pain 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 brûlures 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...

Je suis 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 tout intérêt pour les choses que j'aimais.






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.



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](http://health-passport.ca)