



Französisch/Français

5. Verdauungsprobleme *-problèmes digestifs*

DEUTSCH

FRANÇAIS

SEIT WANN HABEN SIE VERDAUUNGSPROBLEME?

DEPUIS QUAND AVEZ-VOUS DES PROBLEMES DIGESTIFS?

Wenn alle mit * markierten Punkte zutreffen, besteht wahrscheinlich erhöhte Ansteckungsgefahr und eine Isolation des Patienten wird empfohlen.

*Si tous les points marqués avec * sont cochés, la probabilité de contagion est certainement haute et une isolation du patient est conseillée.*

ein paar Stunden

Depuis quelques heures

1 Tag

1 Jour

2 bis 6 Tage

De 2 à 6 jours

über 1 Woche

Depuis plus d'un mois

1 Monat

1 mois

Immer

Toujours

Ja/oui

Nein/non

Ist Ihnen übel?

Est-ce vous avez la nausée ?

Haben Sie sich übergeben?

Est-ce que vous avez des vomissements

Wenn ja:

Si oui:

einmal

1 fois

ein- bis dreimal

1-3 fois

mehr als dreimal

Plus de 3 fois

wenig

Peu

schwallartig

Par jet

mit Blutbeimengung

Avec du sang



	Ja/ oui	Nein/ non
HABEN SIE DURCHFALL? EST CE QUE VOUS AVEZ LA DIARHEE	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Wenn ja*, wie häufig hatten Sie innerhalb der letzten 24 Stunden Durchfall?	Si oui*, avec quelle fréquence avez-vous eu la diarrhée au cours des dernières 24 heures ?	
<input type="checkbox"/> einmal	Une fois	
<input type="checkbox"/> ein- bis dreimal	Une à trois fois	
<input type="checkbox"/> mehr als dreimal	Plus de trois fois	
<input type="checkbox"/> Welche Konsistenz hat Ihr Stuhl?	Quelle consistance ont vos selles ?	
<input type="checkbox"/> breiig	Molle	
<input type="checkbox"/> flüssig	Liquide	
<input type="checkbox"/> Wässrig	Aqueuse	
	JA/ OUI	NEIN/ NON
Haben Sie Blut im Stuhl?*	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Haben Sie Fieber?*	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Haben Sie Verstopfung?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Wenn ja, wann war Ihr letzter Stuhlgang?	Si oui, de quand datent vos dernières selles ?	
<input type="checkbox"/> vor 3 Tagen	De 3 jours	
<input type="checkbox"/> vor 5 Tagen	De 5 jours	
<input type="checkbox"/> vor mehr als einer Woche	De plus d'une semaine	
<input type="checkbox"/> Wie viel Flüssigkeit trinken Sie?	Combien d'eau buvez-vous par jour?	
<input type="checkbox"/> weniger als 1 Liter am Tag	Moins d'un litre	
<input type="checkbox"/> 1 bis 2 Liter am Tag	1 à 2 litre par jour	
<input type="checkbox"/> mehr als 2 Liter am Tag	Plus que 2 litre par jour	



		JA/ OUI	NEIN/ NON
Ich habe weniger Appetit als sonst.	J'ai moins d'appétit que d'habitude.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Ich habe so viel Appetit wie immer.	J'ai autant d'appétit que d'habitude.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Haben Sie etwas Verdorbenes gegessen?	Avez-vous mangé quelque chose de pourri?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Ist jemand in Ihrem direkten Umfeld erkrankt?	Quelqu'un de votre entourage proche est-il malade ?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>