

---

**Bonjour,**

Je dois vous poser quelques questions afin de pouvoir évaluer vos besoins ou ceux d'un membre de votre famille.

---

French

Hello.

There are some questions I need to ask to help plan care for you or your family member.

---

Je vais vous montrer chaque question à l'écrit. Vous aurez plusieurs choix de réponse pour la plupart de ces questions. Veuillez montrer du doigt la réponse appropriée ou noter une réponse afin que nous puissions évaluer vos besoins. Si vous n'êtes pas certain du sens d'une question ou si vous ne savez pas comment répondre à une question, veuillez montrer du doigt la mention « Incertain(e) ».

---

French

I have each question written for you. We will give you answer choices for most questions. Please point to the answer or write an answer so we can start to plan your care. If you are not sure about a question or how to answer the question, please point to "Not sure" on the sheet.

---

**Pouvez-vous m'indiquer votre nom ?**

Non

Incertain(e)

Oui



---

French

Can you tell me your name?

No Not sure Yes

---

**Pouvez-vous écrire votre nom sur cette feuille ?**

Non

Incertain(e)

Oui



---

French

Can you write your name on this paper for me?

No Not sure Yes

---

**Êtes-vous venu(e) ici seul(e) ?**

Non

Incertain(e)

Oui



---

French

Did you come here alone?

No Not sure Yes

---

**Êtes-vous accompagné(e) par des membres de  
votre famille ou des amis ?**

Non

Incertain(e)

Oui



---

French

Do you have other family member or friends with you?

No Not sure Yes

---

**Si oui, pouvez-vous me dire ou écrire leurs noms et leurs âges ?**

Non

Incertain(e)

Oui



---

French

If yes, can you tell me or write their names and ages?

No Not sure Yes

---

**Êtes-vous la personne qui a besoin d'aide ?**

Non

Incertain(e)

Oui



---

French

Are you the person that needs help with care?

No Not sure Yes



---

**Si ce n'est pas vous, veuillez écrire le nom de cette personne.**

Incertain(e)

---

French

If not, please write their name.

Not sure

---

## Quel est votre lien avec cette personne ?

- |  |   |
|--|---|
| <input type="checkbox"/> Parent        | <input type="checkbox"/> Partenaire                 |
| <input type="checkbox"/> Tuteur légal  | <input type="checkbox"/> Autre membre de la famille |
| <input type="checkbox"/> Époux/épouse  | <input type="checkbox"/> Ami ou voisin              |
| <input type="checkbox"/> Enfant        | <input type="checkbox"/> Aucun lien                 |
| <input type="checkbox"/> Frère ou sœur |   |

---

French

How are you related to this person?

- |  |  |
|--|--|
| <input type="checkbox"/> Parent            | <input type="checkbox"/> Partner             |
| <input type="checkbox"/> Guardian          | <input type="checkbox"/> Other family member |
| <input type="checkbox"/> Spouse            | <input type="checkbox"/> Friend or Neighbor  |
| <input type="checkbox"/> Child             | <input type="checkbox"/> No relationship     |
| <input type="checkbox"/> Brother or Sister |  |

---

Les questions suivantes concernent la personne qui a besoin d'aide. Si vous répondez pour cette personne, veuillez à ce que les réponses concernent bien cette personne.

Par exemple, si vous répondez pour votre enfant et que la question est « âge », veuillez indiquer l'âge de votre enfant, pas le votre.

---

French

The next questions are about the person who needs care. If you are giving answers for that person, please be sure the answers are about that person.

For example, if you are answering for your child and the question is “age”, you would give the age of your child needing care, not your age.

---

# Âge

Veillez me le dire ou écrivez-le.

Incertain(e)

---

French

Age

Please tell me or write the number.

Not sure

---

## Adresse

Pouvez-vous m'indiquer l'adresse, me montrer un justificatif de domicile, ou noter l'adresse.

Incertain(e)

---

French

Address

Please tell me or show me something with the address, or write the address.

Not sure

---

# Avez-vous un problème médical ou de santé en ce moment ?

Non

Incertain(e)

Oui



---

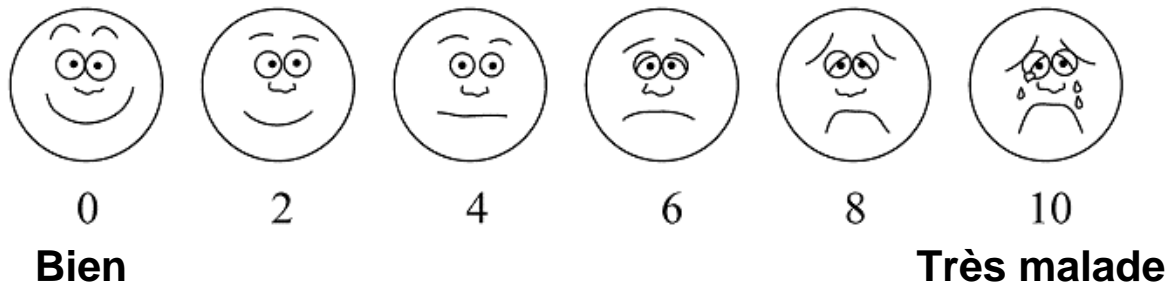
French

Do you have a medical or health concern right now?

No Not sure Yes

---

# Comment vous sentez-vous physiquement ?



**Incertain(e)**

---

French

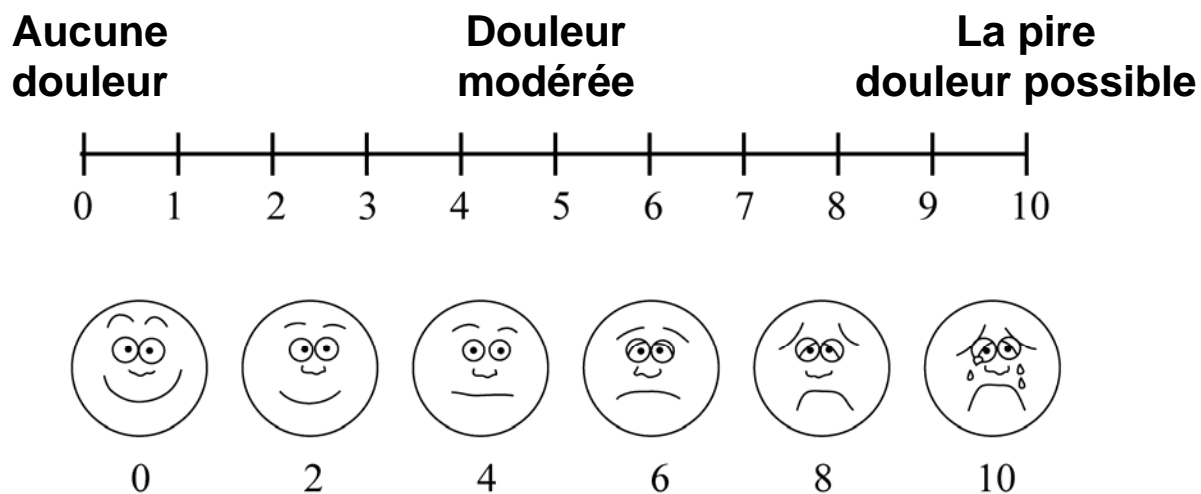
How are you feeling physically?

Fine Very Ill

Not Sure

---

# Quel est votre niveau de douleur en ce moment ?



Incertain(e)

---

French

How much pain are you in right now?

No Pain            Moderate Pain            Worst Pain

Not Sure



---

**Pouvez-vous m'indiquer quelle est la partie de  
votre corps qui vous fait mal ?**

Non

Incertain(e)

Oui



**Si oui, veuillez me la montrer.**

---

French

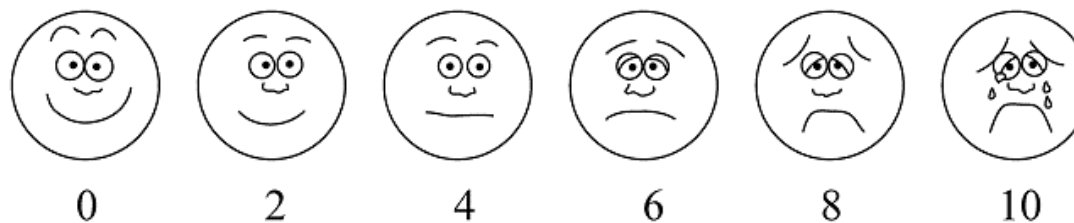
Can you point to the part of the body where you have pain?

No Not sure Yes

If yes, please show me.

---

**Certaines personnes souffrent de détresse mentale comme la tristesse, la confusion ou la colère. Quel est votre niveau de détresse mentale en ce moment ?**



0

2

4

6

8

10

**Aucune**

**Très importante**

**Incertain(e)**

---

French

Some people have mental distress such as sadness, confusion or anger. How much mental distress do you have right now?

None

Very Much

Not Sure

---

**Êtes-vous en danger de vous faire du mal ou de faire du mal à quelqu'un d'autre en ce moment ?**

Non

Incertain(e)

Oui



---

French

Are you in danger of hurting yourself or someone else right now?

No Not sure Yes

---

**Avez-vous besoin de médicaments, d'équipement  
ou d'autres objets de la vie de tous les jours ?**

Non

Incertain(e)

Oui



---

French

Do you need any medicine, equipment or other items for daily living?

No Not sure Yes

---

**Avez-vous besoin de personnel soignant ou avez-vous un assistant personnel ?**

Non

Incertain(e)

Oui



---

French

Do you need a caregiver or do you have a personal assistant?

No Not sure Yes

---

**La personne qui s'occupe de vous est-elle ici et  
prévoit-elle de rester avec vous ?**

Non

Incertain(e)

Oui



---

French

Is your caregiver here and planning to stay with you?

No Not sure Yes

---

**Nom de la personne qui s'occupe de vous :**

Veillez me dire son nom ou écrivez-le.

Incertain(e)

---

French

Your caregiver's name:

Please tell me or write the name.

Not Sure

---

## Avez-vous un animal de service ?

Non

Incertain(e)

Oui



---

French

Do you have a service animal?

No Not sure Yes



---

**Cet animal de service est-il avec vous ?**

Non

Incertain(e)

Oui



---

French

Is the service animal with you?

No Not sure Yes

---

**S'il n'est pas avec vous, savez-vous où est-il ?**

Non

Incertain(e)

Oui



---

French

If no, do you know where the animal is?

No Not sure Yes

---

# Bénéficiez-vous d'une aide du Medicare ou Medicaid ?

Non

Incertain(e)

Oui



---

French

Are you receiving any Medicare or Medicaid benefits?

No Not sure Yes

---

**Avez-vous votre carte sur vous ?**

Non

Incertain(e)

Oui



---

French

Do you have your card with you?

No Not sure Yes

---

**Êtes-vous allergique à des aliments, des médicaments ou à d'autres choses dans votre entourage ?**

Non

Incertain(e)

Oui






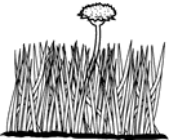
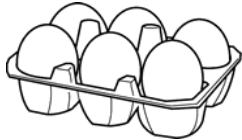
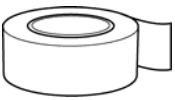
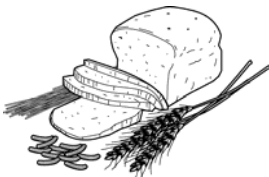
---

French

Do you have any allergies to foods, medicine or things around you?

No Not sure Yes

**Veillez m'indiquer à quoi vous êtes allergique dans cette liste.**

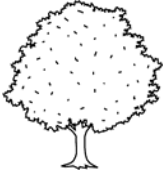
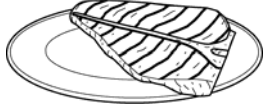

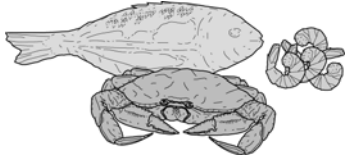
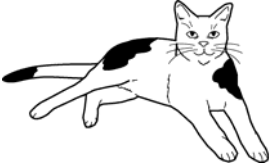

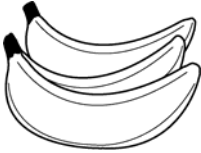
<input type="checkbox"/> Moisissures	<input type="checkbox"/> Noix ou beurre de cacahuète 
<input type="checkbox"/> Latex 	<input type="checkbox"/> Lait 
<input type="checkbox"/> Herbe 	<input type="checkbox"/> Œufs 
<input type="checkbox"/> Ruban adhésif 	<input type="checkbox"/> Blé ou gluten 

French

Tell me what you are allergic to from this list.

- |                                |  |
|--------------------------------|--|
| <input type="checkbox"/> Mold  | <input type="checkbox"/> Nuts or peanut butter |
| <input type="checkbox"/> Latex | <input type="checkbox"/> Milk                  |
| <input type="checkbox"/> Grass | <input type="checkbox"/> Eggs                  |
| <input type="checkbox"/> Tape  | <input type="checkbox"/> Wheat or gluten       |

**Veillez m'indiquer à quoi vous êtes allergique dans cette liste.**

<input type="checkbox"/> Pollen des arbres 	<input type="checkbox"/> Viande de bœuf 
<input type="checkbox"/> Poussière 	<input type="checkbox"/> Poisson ou fruits de mer 
<input type="checkbox"/> Poils des animaux 	<input type="checkbox"/> Champignons 
<input type="checkbox"/> Bananes 	<input type="checkbox"/> Autres choses qui ne sont pas dans cette liste  <input type="checkbox"/> Incertain(e)

French

Tell me what you are allergic to from this list.

- |                                      |  |
|--------------------------------------|--|
| <input type="checkbox"/> Tree pollen | <input type="checkbox"/> Beef                          |
| <input type="checkbox"/> Dust        | <input type="checkbox"/> Fish or shellfish             |
| <input type="checkbox"/> Animal hair | <input type="checkbox"/> Mushrooms                     |
| <input type="checkbox"/> Bananas     | <input type="checkbox"/> Other things not on this list |
|                                      | <input type="checkbox"/> Not sure                      |

---

## Si ce sont des médicaments, quel type de médicament ?

- Pénicilline
- Sulfamide
- Aspirine
- Iode
- Autres médicaments qui ne sont pas dans cette liste
- Incertain(e)

---

French

If medicine, what type?

- Penicillin
- Sulfa
- Aspirin
- Iodine
- Others not on this list
- Not Sure



---

# Possédez-vous ou portez-vous une identification médicale ?

Non

Incertain(e)

Oui



**Si oui, veuillez me la montrer.**

---

French

Do you have or wear any kind of medical identification?

No Not sure Yes

If yes, please show me.

---

**Êtes-vous allé(e) à l'hôpital ou dans une clinique,  
ou avez-vous été suivi(e) par un médecin au  
cours du mois dernier ?**

Non

Incertain(e)

Oui



---

French

Have you been in the hospital or at a clinic or under the care of a doctor in the past month?

No Not sure Yes

---

## Si oui, pour quelle raison ?

- |   |  |
|---|--|
| <input type="checkbox"/> Contrôle                         | <input type="checkbox"/> Pour des problèmes<br>gastriques      |
| <input type="checkbox"/> Pour obtenir des<br>médicaments  | <input type="checkbox"/> Pour une intervention<br>chirurgicale |
| <input type="checkbox"/> Pour des examens                 | <input type="checkbox"/> Pour de l'hypertension                |
| <input type="checkbox"/> Pour des problèmes<br>cardiaques | <input type="checkbox"/> Autre raison                          |
| <input type="checkbox"/> Pour une douleur                 | <input type="checkbox"/> Incertain(e)                          |

---

French

If yes, what for?

- |   |  |
|---|--|
| <input type="checkbox"/> Check up           | <input type="checkbox"/> For stomach problems    |
| <input type="checkbox"/> To get medicine    | <input type="checkbox"/> For surgery             |
| <input type="checkbox"/> For tests          | <input type="checkbox"/> For high blood pressure |
| <input type="checkbox"/> For heart problems | <input type="checkbox"/> Other reason            |
| <input type="checkbox"/> For pain           | <input type="checkbox"/> Not Sure                |

---

## **Pouvez-vous m'indiquer le nom de l'hôpital ou de la clinique ?**

- Riverside Methodist Hospital
- Grant Medical Center
- Doctors Hospital
- Grady Memorial Hospital
- Dublin Methodist Hospital
- Mount Carmel East
- Mount Carmel West

---

French

Can you tell me which hospital or clinic?

- Riverside Methodist Hospital
- Grant Medical Center
- Doctors Hospital
- Grady Memorial Hospital
- Dublin Methodist Hospital
- Mount Carmel East
- Mount Carmel West

---

## **Pouvez-vous m'indiquer le nom de l'hôpital ou de la clinique ?**

- Mount Carmel St. Ann's
- Mount Carmel New Albany Surgical Hospital
- Ohio State University Hospital
- Ohio State University Hospital East
- Ohio State's James Cancer Hospital and Solove Research Institute
- Ohio State's Richard M. Ross Heart Hospital

---

French

Can you tell me which hospital or clinic?

- Mount Carmel St. Ann's
- Mount Carmel New Albany Surgical Hospital
- Ohio State University Hospital
- Ohio State University Hospital East
- Ohio State's James Cancer Hospital and Solove Research Institute
- Ohio State's Richard M. Ross Heart Hospital

---

## **Pouvez-vous m'indiquer le nom de l'hôpital ou de la clinique ?**

- Ohio State's Harding Hospital
- Ohio State University Prime Care Network
- Nationwide Children's Hospital
- Centre de soins local
- Autre clinique ou hôpital
- Incertain(e)

---

French

Can you tell me which hospital or clinic?

- Ohio State's Harding Hospital
- Ohio State University Prime Care Network
- Nationwide Children's Hospital
- Neighborhood health center
- Other clinic or hospital
- Not sure

---

**Pouvez-vous m'indiquer le nom du médecin  
qui vous a suivi ?**

Veillez me dire son nom ou montrez-moi son nom  
sur une carte ou écrivez son nom.

Incertain(e)

---

French

Can you tell me the name of the doctor?

Please tell me the name, show me the name from a card, or write the name.

Not sure

---

**Avez-vous une affection qui nécessite un équipement médical ou des accessoires spéciaux ?**

Non

Incertain(e)

Oui



---


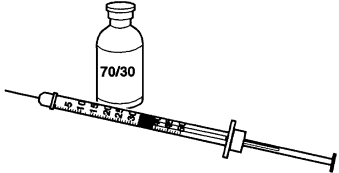


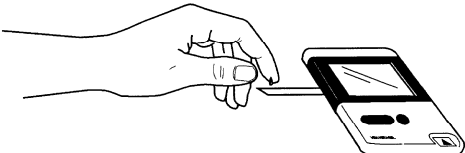
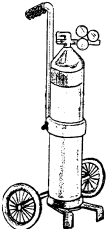
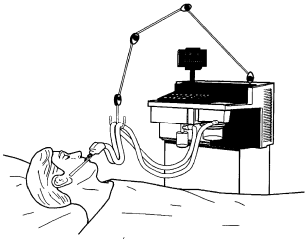
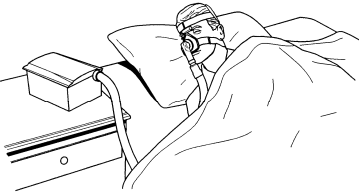

French

Do you have a condition that requires any special medical equipment or supplies?

No Not sure Yes



# Si oui, pouvez-vous me dire ce que vous utilisez ?

<input type="checkbox"/> Stylo d'épinéphrine pour une allergie 	<input type="checkbox"/> Insuline 	<input type="checkbox"/> Seringues 
<input type="checkbox"/> Nébuliseur 	<input type="checkbox"/> Lecteur de glycémie 	<input type="checkbox"/> Oxygène 
<input type="checkbox"/> Respirateur 	<input type="checkbox"/> VPPC 	<input type="checkbox"/> Pansements, bandages 

French

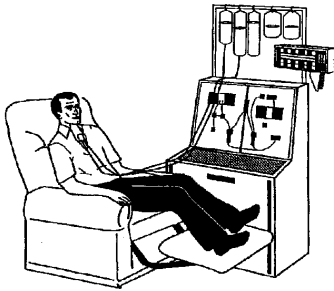
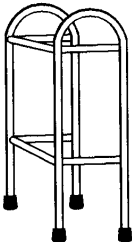
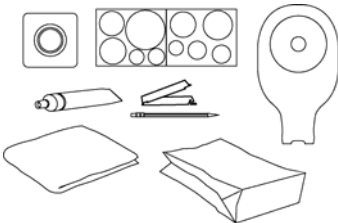

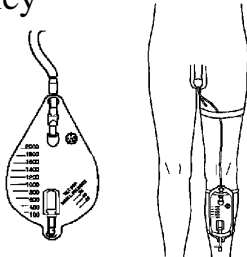
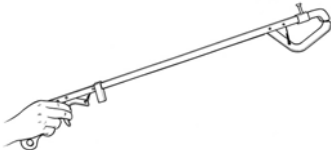
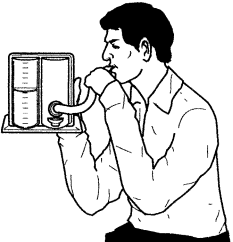
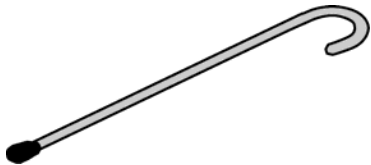

If yes, can you tell me what you use?

- Epinephrine pen for allergy
- Nebulizer
- Respirator

- Insulin
- Glucose meter
- CPAP

- Syringes
- Oxygen
- Dressings

# Si oui, pouvez-vous me dire ce que vous utilisez ?

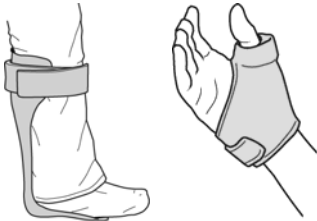
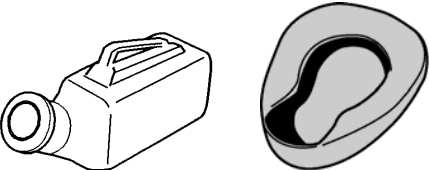
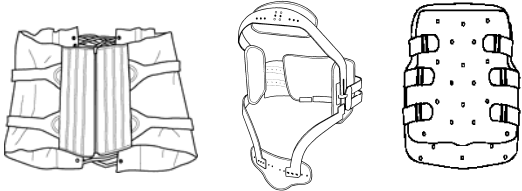

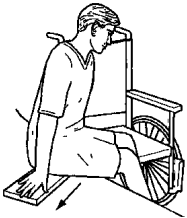

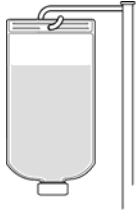
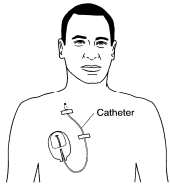
<input type="checkbox"/> Dialyse 	<input type="checkbox"/> Déambulateur 	<input type="checkbox"/> Accessoires de stomie 
<input type="checkbox"/> Sondes d'alimentation 	<input type="checkbox"/> Cathéter de Foley 	<input type="checkbox"/> Pince de préhension 
<input type="checkbox"/> Spiromètre 	<input type="checkbox"/> Canne 	<input type="checkbox"/> Enfile chaussettes 

French

If yes, can you tell me what you use?

- |   |   |  |
|---|---|--|
| <input type="checkbox"/> Dialysis             | <input type="checkbox"/> Walker         | <input type="checkbox"/> Ostomy supplies |
| <input type="checkbox"/> Tube feedings        | <input type="checkbox"/> Foley catheter | <input type="checkbox"/> Reacher         |
| <input type="checkbox"/> Incentive spirometer | <input type="checkbox"/> Cane           | <input type="checkbox"/> Sock aid        |

# Si oui, pouvez-vous me dire ce que vous utilisez ?

<input type="checkbox"/> Attelle 	<input type="checkbox"/> Urinoir ou bassin de lit 	<input type="checkbox"/> Orthèse 
<input type="checkbox"/> Fauteuil roulant 	<input type="checkbox"/> Planche de transfert 	<input type="checkbox"/> Siège de toilette surélevé 
<input type="checkbox"/> Nutrition parentérale 	<input type="checkbox"/> Orifice ou cathéter pour médicaments 	<input type="checkbox"/> Autres accessoires qui ne sont pas dans cette liste  <input type="checkbox"/> Incertain(e)

French

If yes, can you tell me what you use?

- |   |   |  |
|---|---|--|
| <input type="checkbox"/> Splint               | <input type="checkbox"/> Urinal or bed pan              | <input type="checkbox"/> Brace                           |
| <input type="checkbox"/> Wheelchair           | <input type="checkbox"/> Transfer board                 | <input type="checkbox"/> Raised toilet seat              |
| <input type="checkbox"/> Parenteral nutrition | <input type="checkbox"/> Port or catheter for medicines | <input type="checkbox"/> Other supplies not on this list |
|   |   | <input type="checkbox"/> Not sure                        |

---

**Avez-vous apporté un de ces accessoires  
avec vous ?**

Non

Incertain(e)

Oui



---

French

Did you bring any of these supplies with you?

No Not sure Yes

---

# Prenez-vous des médicaments tous les jours ?

Non

Incertain(e)

Oui



---

French

Do you take any medicines every day?

No Not sure Yes

---

**Avez-vous vos médicaments avec vous ?**

Non

Incertain(e)

Oui



---

French

Do you have your medicine with you?

No Not sure Yes

---

## Quand avez-vous pris ce médicament pour la dernière fois ?

- Aujourd'hui
- Hier
- Il y a plus de 2 jours
- Il y a plus d'une semaine
- Incertain(e)

---

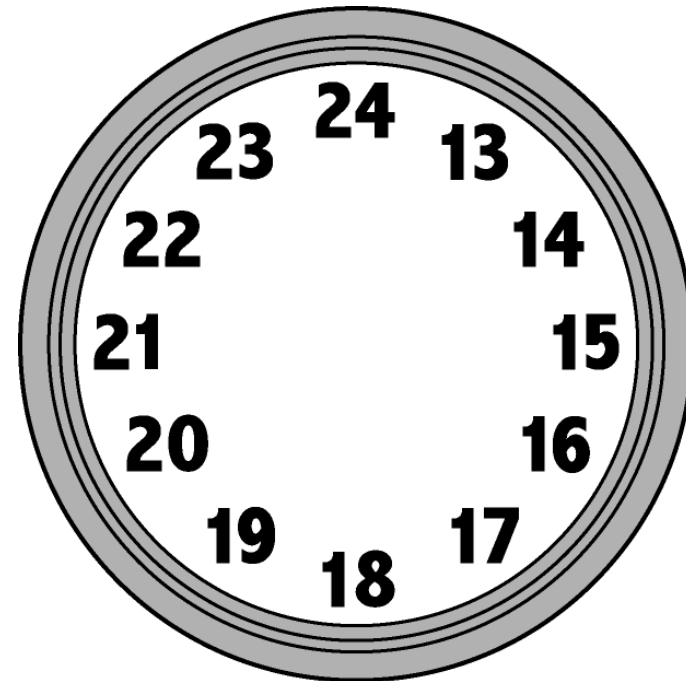
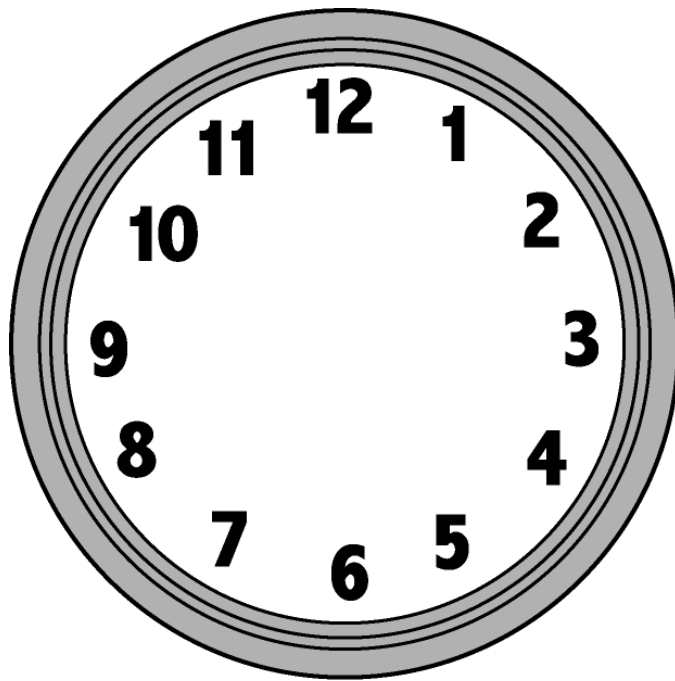
French

When did you last take this medicine?

- Today
- Yesterday
- More than 2 days ago
- More than a week ago
- Not Sure

---

À quelle heure l'avez-vous pris ?



---

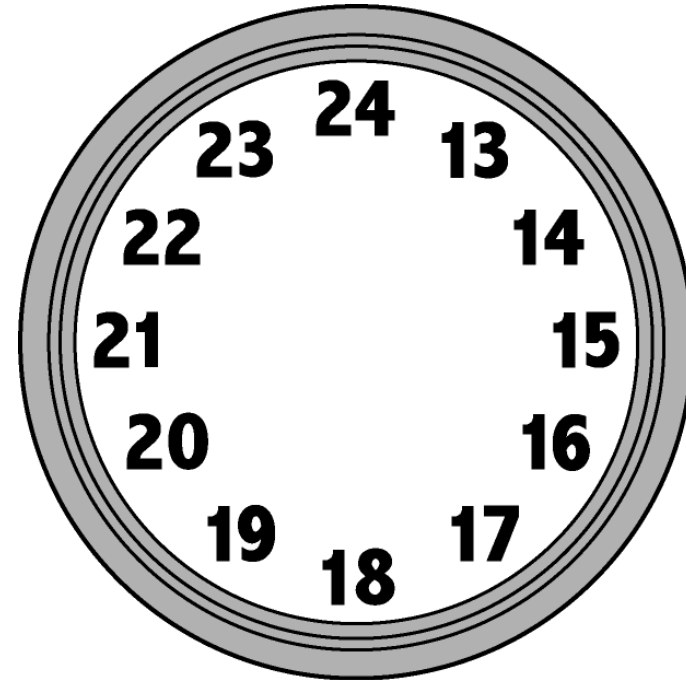
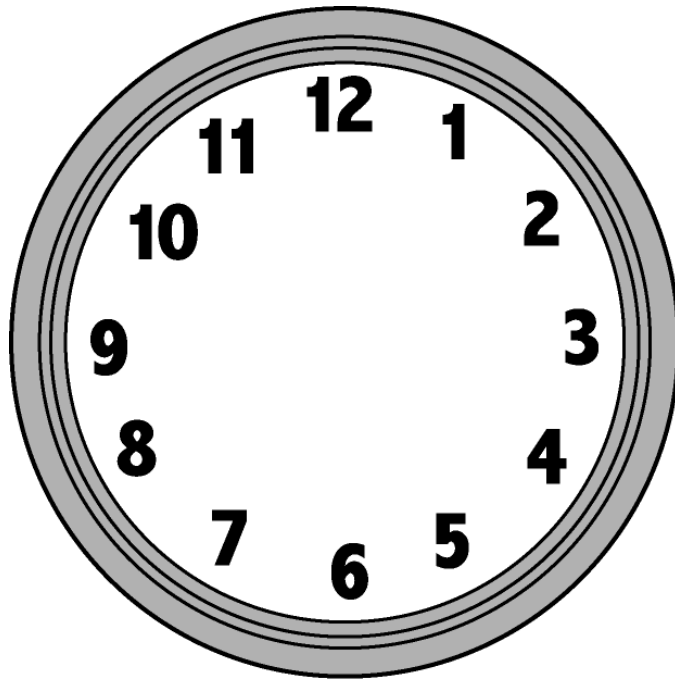
French

What time did you take it?



---

**Quand devrez-vous prendre votre médicament à nouveau ?**



---

French

When should you take your medicine again?

---

**Connaissez-vous le nom de l'endroit où vous obtenez vos médicaments (comme un drugstore, une pharmacie, un supermarché ou une clinique) ?**

Non

Incertain(e)

Oui



---

French

Do you know the name of the place where you get your medicines (such as a drug store, pharmacy, grocery store or clinic)?

No Not sure Yes

---

# Connaissez-vous les noms des médicaments que vous prenez ?

Non

Incertain(e)

Oui



---

French

Do you know the names of the medicines you take?

No Not sure Yes

---

## Savez-vous pour quelle raison vous prenez des médicaments ?

- Problèmes cardiaques
- Hypertension
- Diabète
- Problèmes rénaux
- Problèmes hépatiques
- Pour fluidifier mon sang
- Pour réduire le cholestérol
- Pour réguler mon stress
- Pour faciliter mon sommeil
- Cancer

---

French

Do you know what you take medicine for?

- Heart problems
- High blood pressure
- Diabetes
- Kidney problems
- Liver problems
- To thin my blood
- To lower cholesterol
- To control my stress
- To help my sleep
- Cancer

---

## Savez-vous pour quelle raison vous prenez des médicaments ?

- Contrôle de la douleur
- Arthrite
- Pour faciliter ma circulation
- Allergies
- Pour traiter une infection
- VIH ou SIDA
- Anémie
- Problèmes oculaires
- Problèmes respiratoires
- Problèmes de peau

---

French

Do you know what you take medicine for?

- Pain control
- Arthritis
- To help my circulation
- Allergies
- To treat an infection
- HIV or AIDS
- Anemia
- Eye problems
- Breathing problems
- Skin problems

---

## Savez-vous pour quelle raison vous prenez des médicaments ?

- Pour aider ma mémoire
- Problèmes de thyroïde
- Pour m'aider à éliminer les liquides
- Tuberculose
- Malaria
- Spasmes musculaires
- Autres raisons qui ne sont pas dans cette liste
- Incertain(e)

---

French

Do you know what you take medicine for?

- To help my memory
- Thyroid problems
- To help me get rid of fluid
- Tuberculosis
- Malaria
- Muscle spasms
- Other reasons not on this list
- Not sure

---

# Avez-vous des problèmes d'audition ?

Non

Incertain(e)

Oui



---

French

Do you have any problems with your hearing?

No Not sure Yes

---

# Utilisez-vous une aide auditive ?

Non

Incertain(e)

Oui



---

French

Do you use a hearing aid?

No Not sure Yes



---

# Avez-vous votre aide auditive sur vous ?

Non

Incertain(e)

Oui



---

French

Do you have your hearing aid with you?

No Not sure Yes

---

**Est-ce que votre aide auditive fonctionne ?**

Non

Incertain(e)

Oui



---

French

Is your hearing aid working?

No Not sure Yes

---

**Avez-vous besoin d'une pile/batterie ?**

Non

Incertain(e)

Oui



---

French

Do you need a battery?

No Not sure Yes

---

# Avez-vous besoin d'un interprète de la langue des signes ?

Non

Incertain(e)

Oui



---

French

Do you need a sign language interpreter?

No Not sure Yes

---

## Comment communiquez-vous le mieux avec les autres ?

- Langue des signes
- Lecture sur les lèvres
- Utilisation d'un ATS
- Prise de notes
- Utilisation d'une interface de communication
- Incertain(e)

---

French

How do you best communicate with others?

- Sign language
- Lip read
- Use a TTY
- Write notes
- Use communication board
- Not Sure

---

# Portez-vous des lunettes de vue ?

Non

Incertain(e)

Oui



---

French

Do you wear prescription eye glasses?

No Not sure Yes

---

**Avez-vous vos lunettes avec vous ou sont-elles  
avec vos affaires ?**

Non

Incertain(e)

Oui



---

French

Do you have your glasses with you or with your belongings?

No Not sure Yes

---

**Avez-vous des problèmes de vue, même avec vos lunettes ?**

Non

Incertain(e)

Oui



---

French

Do you have problems seeing, even with your glasses?

No Not sure Yes



---

# Utilisez-vous une canne blanche ?

Non

Incertain(e)

Oui



---

French

Do you use a white cane?

No Not sure Yes

---

**Avez-vous votre canne blanche avec vous ?**

Non

Incertain(e)

Oui



---

French

Do you have your white cane with you?

No Not sure Yes

---

**Avez-vous besoin d'aide pour circuler, même avec votre canne blanche ?**

Non

Incertain(e)

Oui



---

French

Do you need help getting around, even with your white cane?

No Not sure Yes

---

**Avez-vous besoin d'aide pour vous déplacer ?**

Non

Incertain(e)

Oui



---

French

Do you need help moving around?

No Not sure Yes

---

**Avez-vous besoin d'aide pour vous lever de  
votre lit ou vous coucher ?**

Non

Incertain(e)

Oui



---

French

Do you need help getting in or out of bed?

No Not sure Yes

---

**Avez-vous besoin d'aide pour vous habiller ?**

Non

Incertain(e)

Oui



---

French

Do you need help getting dressed?

No Not sure Yes

---

**Avez-vous besoin d'aide dans la salle de bain ?**

Non

Incertain(e)

Oui



---

French

Do you need help using the bathroom?

No Not sure Yes

---

**Avez-vous besoin d'aide pour vous laver ?**

Non

Incertain(e)

Oui



---

French

Do you need help bathing?

No Not sure Yes



---

# Avez-vous besoin d'aide pour manger ?

Non

Incertain(e)

Oui



---

French

Do you need help eating?

No Not sure Yes

---

# Avez-vous besoin d'aide pour couper vos aliments ?

Non

Incertain(e)

Oui



---

French

Do you need help cutting up your food?

No Not sure Yes

---

**Est-ce qu'un membre de votre famille, un ami ou du personnel soignant vous aide pour ces activités ?**

Non

Incertain(e)

Oui



---

French

Do you have a family member, friend or caregiver with you to help you with these activities?

No Not sure Yes

---

**Portez vous des fausses dents ou un dentier ?**

Non

Incertain(e)

Oui



---

French

Do you have false teeth or dentures?

No Not sure Yes

---

**Avez-vous vos fausses dents sur vous ?**

Non

Incertain(e)

Oui



---

French

Do you have your false teeth with you?

No Not sure Yes

---

# Suivez-vous un régime alimentaire particulier ?

Non

Incertain(e)

Oui



---

French

Are you on any special diet?

No Not sure Yes

---

## Quel type de régime alimentaire particulier ?

- Diabète
- Pauvre en sel
- Régime alimentaire pour problèmes rénaux
- Régime alimentaire sans gluten
- Végétarien
- Cacher

---

French

What type of special diet?

- Diabetes
- Low salt
- Renal diet
- Gluten free diet
- Vegetarian
- Kosher

---

## Quel type de régime alimentaire particulier ?

- Aliments mous
- Régime alimentaire adapté aux problèmes de déglutition
- Régime alimentaire pour me protéger des infections
- Autre type non cité dans cette liste
- Incertain(e)

---

French

What type of special diet?

- Soft foods
- Diet for problems with swallowing
- Diet to protect me from infection
- Other type not on this list
- Not sure



---

**Numéro de téléphone où on peut vous joindre ?**

---

French

Telephone number where you can be reached?

---

**Autre numéro de téléphone, le cas échéant.**

---

French

Another telephone number, if you have one.

---

**Adresse email, si vous en avez une.**

---

French

Email address, if you have one.

---

# Date de naissance

---

French

Date of birth