CHSSN

HEALTH PASSPORT

PASSEPORT SANTÉ



When Language Matters

Quand la langue compte

4korners

Réseau communautaire anglais des Laurentides | Laurentian's English Community Network

THIS BOOKLET BELONGS TO:
CE LIVRET APPARTIENT À:

Name/ nom: _____

If found, please call

4KORNERS

450-974-3940

and arrangements will be made
to return to its owner.

Si ce livret est retrouvé,
merci de communiquer avec

4KORNERS

450 974-3940

afin qu'il soit retourné à son propriétaire.

4korners
Réseau communautaire anglais des Laurentides | Laurentian's English Community Network

1650, chemin d'Oka,
Deux-Montagnes, QC J7R 1M9

www.4korners.org

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

This booklet is designed to help you prepare for a medical visit, especially in urgent situations, and to support communication with French-speaking professionals. While it doesn't cover every possible topic, it focuses on common issues that may lead to a visit to the emergency room or a walk-in clinic. We hope you find it helpful.

Please note: Since the introduction of Bill 96 / Law 14, you must clearly request services in English. If available, it remains your right to receive them.

DISCLAIMER

This booklet 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.

Contact us at info@4korners.org

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

Lifestyle Habits 9
Vocabulary 10
- Greetings 10
- Making appointments 11
- Timing 12
- Orientation 12
- Telehealth 13
- Type of pain 14
- Pain Scale 15
- External body parts 16
- Internal body parts 17
- Symptoms 18
- Headache 19
- Chest pain 20
- Abdominal pain 21
- Muscle and joint pain 22
- Neurologic 23
- Depression 24
- Mental health 25
- Caregivers 26

Notes 27
Important Phone Numbers 28

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 psychosocial issue?

Dial 8-1-1 (then press 9 for service in English) to speak with a nurse or counsellor from Info-Santé. The service is free and available 24 hours a day, 365 days a year.

For individuals without a family doctor, dial 8-1-1 (press 9 for English), then select option 3 for the Primary Care Access Point (GAP).

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 outside of the country);
5. Symptoms and what makes them better or worse.

MEDICAL STATUS
STATUT MÉDICAL



Current allergies / Allergies actuelles:

CURRENT MEDICATIONS
MÉDICAMENTS ACTUELS

Name / nom	Dosage



MEDICAL HISTORY
ANTÉCÉDENTS MÉDICAUX

Medical Conditions / Conditions médicales

i.e. high blood pressure, diabetes, asthma, etc.
ex. hypertension, diabète, asthme, etc.

Surgeries / Chirurgies	Date

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 : _____

VOCABULARY
LEXIQUE



This section will help you describe your symptoms to a health professional who cannot speak English.

NEED MORE TRANSLATIONS?

If you need to translate something that isn't included in this booklet, visit www.deepl.com, an online translation tool.

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 en français, je peux vous comprendre.

Do you speak English?
Est-ce que vous parlez anglais?

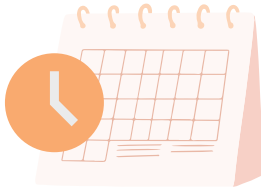
I don't speak French.
Je ne parle pas français.

MAKING APPOINTMENTS
PRENDRE RENDEZ-VOUS



Cancel appointment	Annuler le rendez-vous
Reschedule	Replanifier
How long will it take?	Combien de temps cela prendra-t-il ?
Who will I see?	Qui vais-je voir ?
Interpreter available?	Interprète disponible ?
How to get there?	Comment s'y rendre ?
Bus / taxi / transportation	Autobus / taxi / transport
Accessible entrance	Entrée accessible
Wheelchair access	Accès pour fauteuil roulant
Which building?	Quel bâtiment ?
Waiting room	Salle d'attente
Check-in	Enregistrement
Identification / ID	Pièce d'identité
Need help finding it	Besoin d'aide pour le trouver
Monday	Lundi
Tuesday	Mardi
Wednesday	Mercredi
Thursday	Jeudi
Friday	Vendredi
Saturday	Samedi
Sunday	Dimanche

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

Floor, Storey
Étage

Stairs
Escaliers

Up
En haut

Down
En bas

Upper
Plus haut

Lower
Plus bas

Elevator
Ascenseur

TELEHEALTH
TÉLÉSANTÉ



Helpful for describing needs and understanding logistics

Utile pour exprimer les besoins et comprendre la logistique

Call back	Rappelez-moi
Speak to a nurse / doctor	Parler à une infirmière / un médecin
Urgent	Urgent
Not urgent	Pas urgent
Symptoms started on...	Les symptômes ont commencé le...
Interpreter needed	Interprète nécessaire
Child / adult / elder	Enfant / adulte / aîné
Repeat instructions	Répétez les instructions
Write it down	Écrivez-le
Can't hear well	J'entends mal
Need help understanding	Besoin d'aide pour comprendre

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 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 - Very strong	7 - Très fort
8 - Horrible	8 - Horrible
9 - Unbearable	9 - Insupportable
10 - Excruciating	10 - Torturant

My pain is ____ out of 10

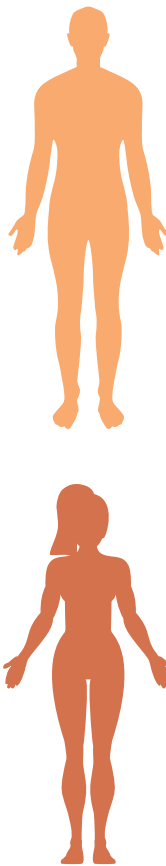
Ma douleur est à ____ sur 10

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

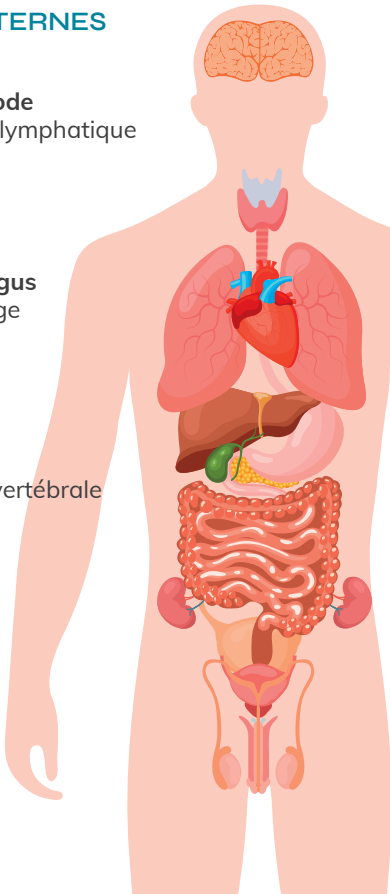
Finger
Doigt
Foot
Pied
Forearm
Avant-bras
Forehead
Front
Genitals
Organes génitaux
Hair
Cheveux
Hand
Main
Head
Tête
Hip
Hanche
Jaw
Mâchoire
Knee
Genou
Lips
Lèvres
Mouth
Bouche
Neck
Cou

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
Nerve
Nerf
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
Vision trouble

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

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 à l'estomac

Swollen
Enflé/e

Tiredness
Fatigue

Vomiting
Vomissement

Wheezing
Sifflement bronchique

HEADACHE
MAL DE TÊTE



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

CHEST PAIN
DOULEUR THORACIQUE



1. I have chest pain. J'ai une douleur à la poitrine.	**Yes** Oui	**No** Non
2. It is a crushing, stabbing pain. C'est une douleur écrasante, en coup de couteau.	**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 coeur bat rapidement.	**Yes** Oui	**No** Non
12. Feels like my heart is palpitating. J'ai des palpitations cardiaques.	**Yes** Oui	**No** Non

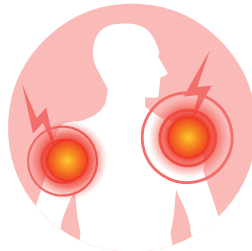
Pain in my:	**Arm**	**Back**	**Jaw**	**Shoulder**
Douleur :	Bras	Dos	Mâchoire	Épaule



ABDOMINAL PAIN
DOULEUR ABDOMINALE

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

I am not able to walk.
Je ne suis pas capable de marcher.

It feels numb.
Je le/la sens engourdi(e).

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.

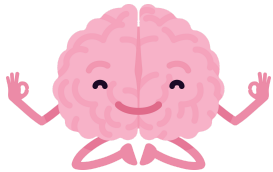
I sleep less than usual.
Je dors moins que la normale.

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.

MENTAL HEALTH
SANTÉ MENTALE



Useful for describing experiences, feelings, and symptoms

Utile pour décrire des expériences, des sentiments et des symptômes

Anxiety	Anxiété
Depression	Dépression
Panic attack	Crise de panique
Paranoia	Paranoïa
Stressed / stress	Stressé / stress
Suicidal thoughts	Pensées suicidaires
Overwhelmed	Débordé
Mood swings	Sautes d'humeur
Sleep problems / insomnia	Problèmes de sommeil / insomnie
Flashbacks	Retour en arrière
Nightmares	Cauchemars
Trauma	Traumatisme
Crisis	Crise
Need to talk	Besoin de parler
Don't feel safe	Je ne me sens pas en sécurité
Can't concentrate	Je ne peux pas me concentrer
Medication	Médicaments
Counseling / therapy	Conseil / thérapie
Support group	Groupe de soutien

CAREGIVERS
PROCHES AIDANTS



Focusing on emotions, support needs, and challenges

Met l'accent sur les émotions, les besoins de soutien et les défis

Tired all the time	Toujours fatigué
Burned out	Épuisé
Alone	Seul
Stressed	Stressé
Don't know what to do	Je ne sais pas quoi faire
Need a break	Besoin d'une pause
Can't manage	Je n'y arrive pas
Worried	Inquiet
Financial stress	Stress financier
No support	Aucun soutien
Afraid	J'ai peur
Need resources	Besoin de ressources
Respite care	Répit
Community help	Aide de la communauté
Group support	Soutien de groupe

NOTES

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
Service Quality and Complaints Commissioner (CPQS)	1-866-822-0549
CAAP- Support to make a complaint 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

CHSSN
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 electronic version of the Health Passport, email us:

info@4korners.org