



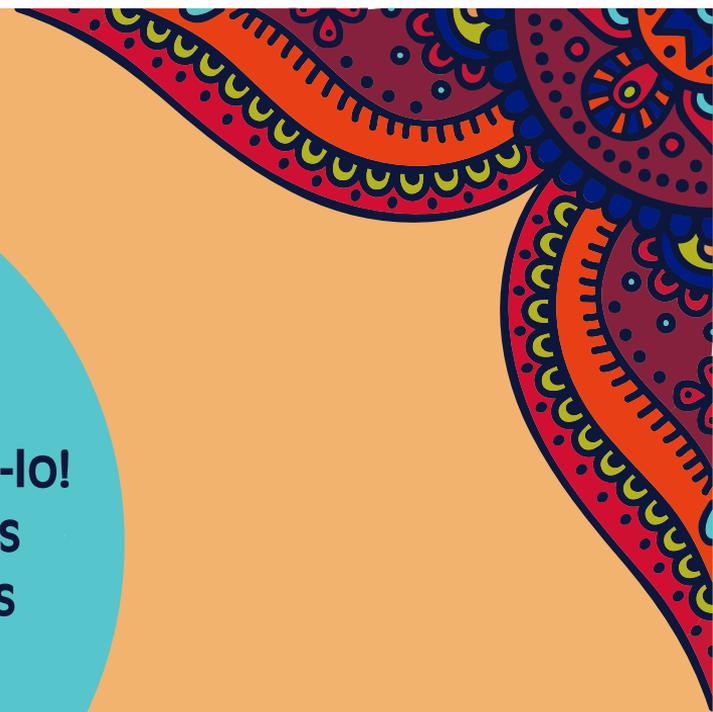
KONSILTASYON POU AYISYEN

“M’akeyiw lakay mwen”
Te acolho na minha casa.

Saúde da
População
Negra



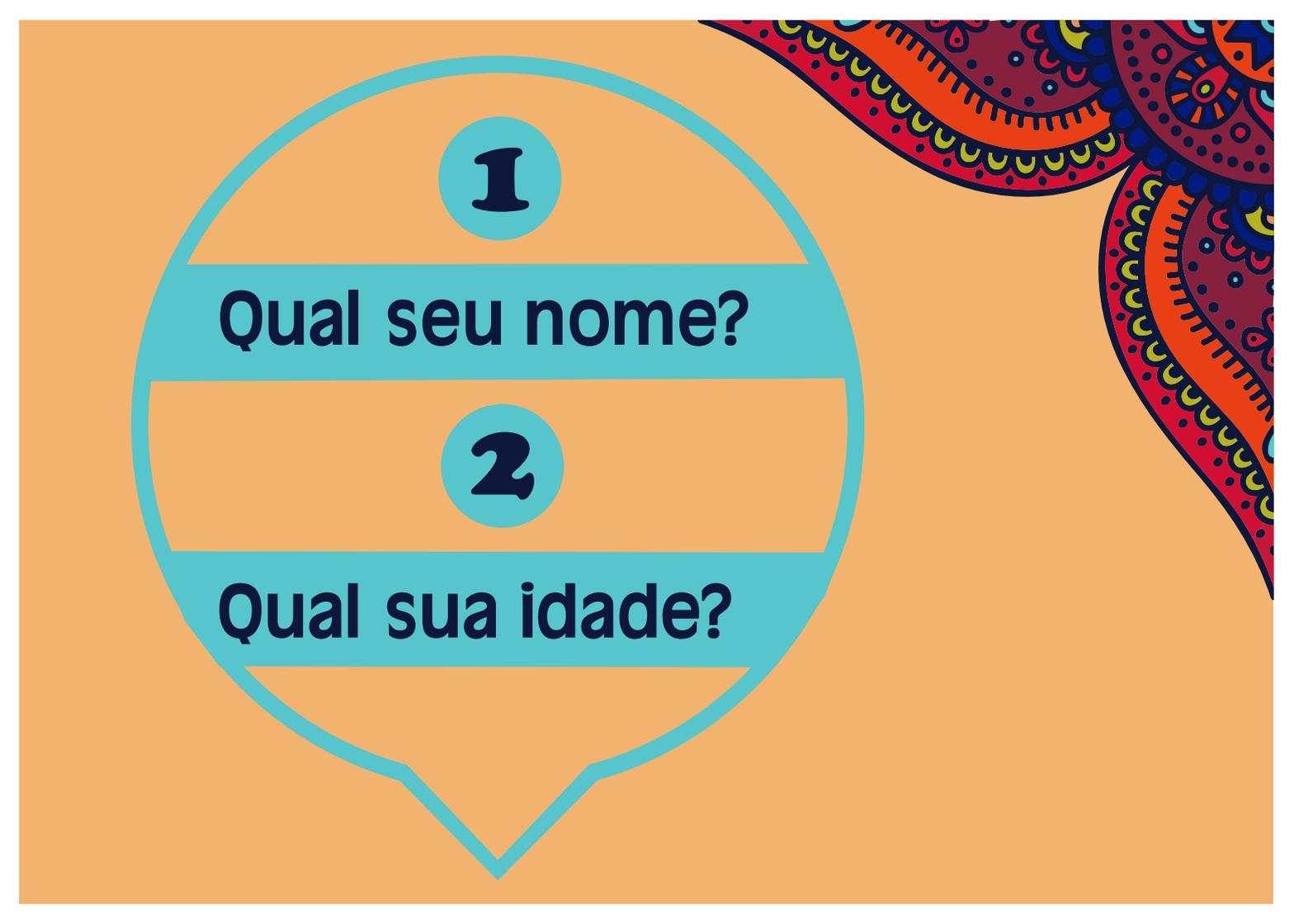
**Tudo bem?!
Eu estou feliz em recebê-lo!
Por favor, responda essas
perguntas para sabermos
como está sua saúde.**





**Sak pase!
Mwen kontan resevwaw.
Silvou plè, reponn kesyon
sa yo pou mwen ka
konnen kisaw santi.**





1

Qual seu nome?

2

Qual sua idade?

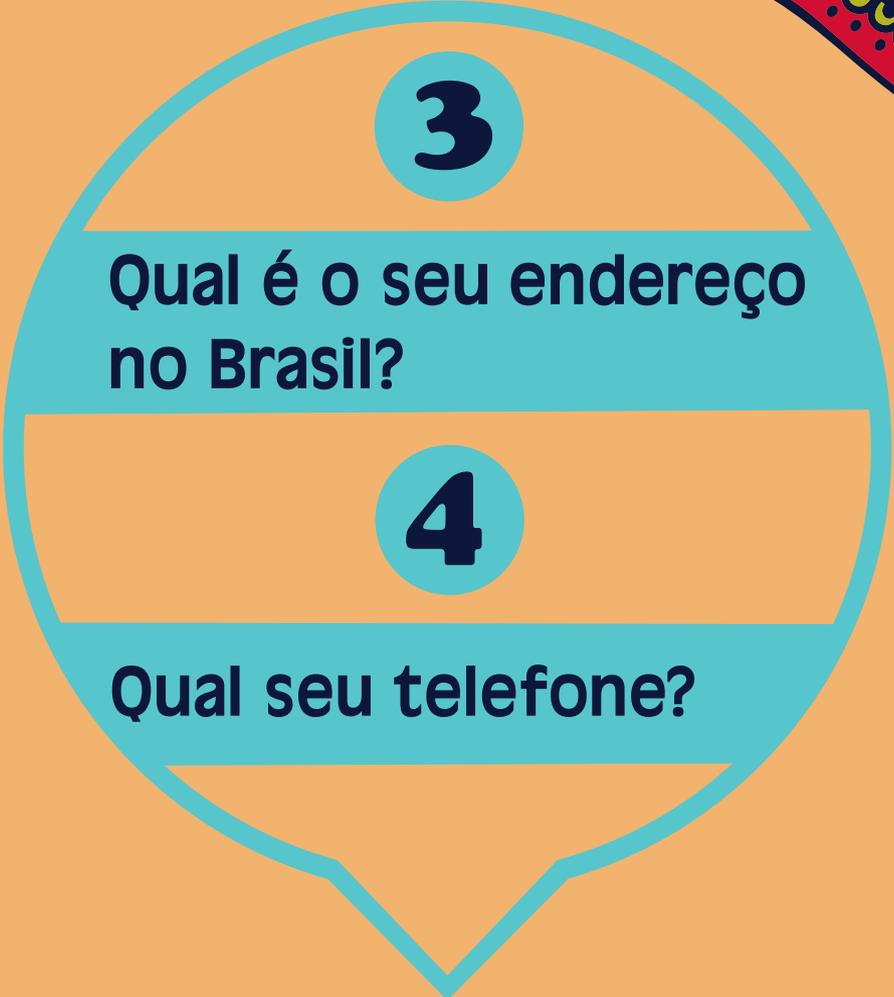


1

Ki non ou?

2

Ki laj ou?



3

**Qual é o seu endereço
no Brasil?**

4

Qual seu telefone?

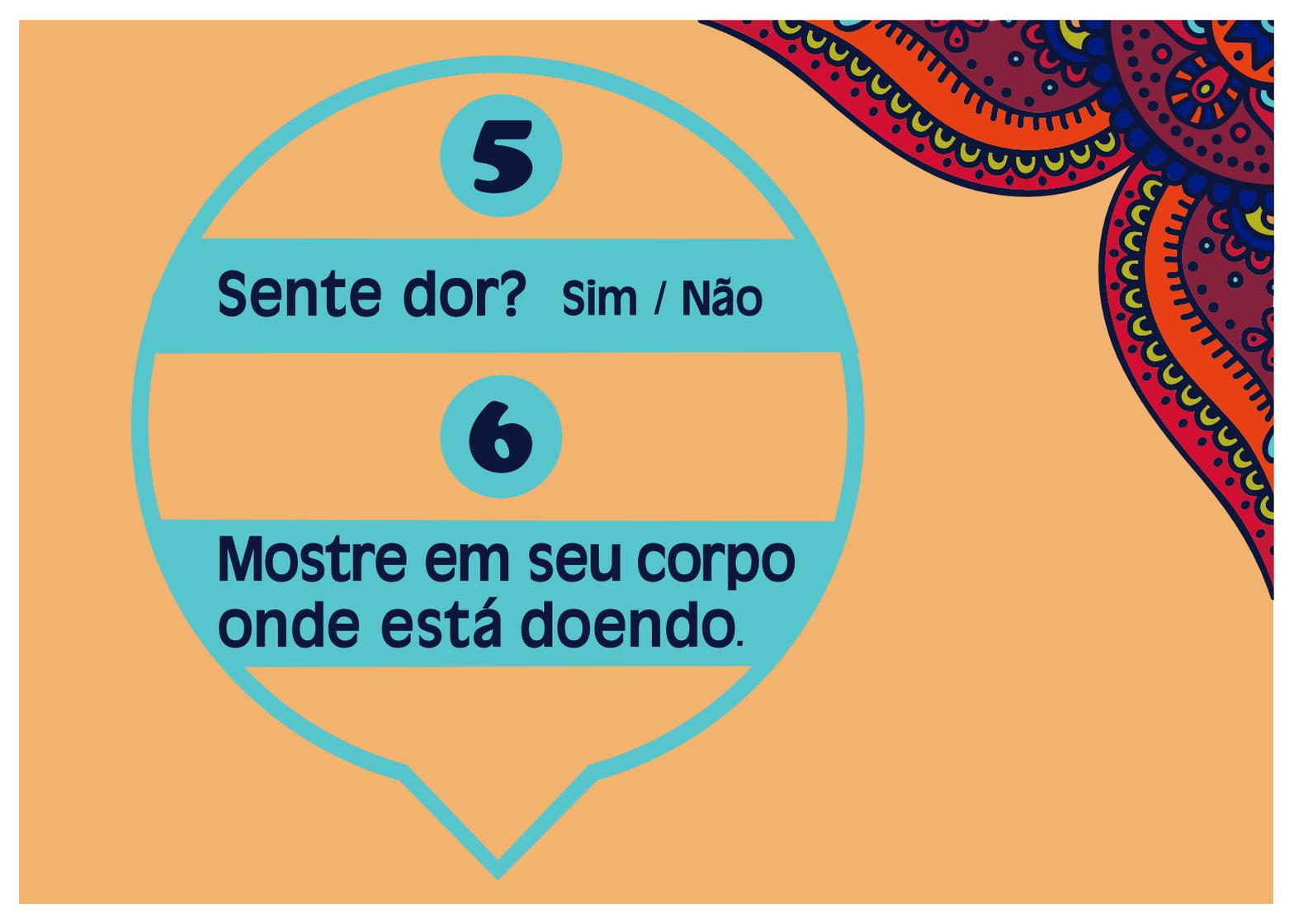
3

**Ki kote ou rete
nan Brezil?**

4

Ki telefòn?





5

Sente dor? sim / Não

6

**Mostre em seu corpo
onde está doendo.**

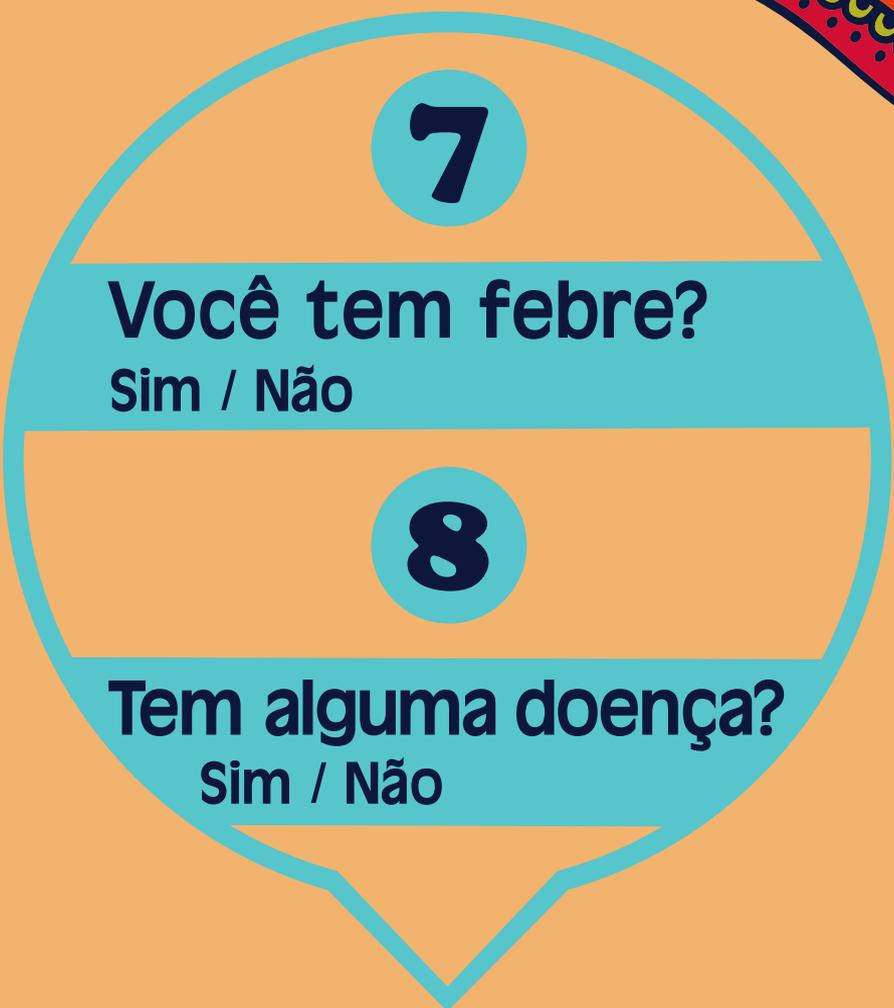


5

Ou gen doule? wi / Non

6

Ki kote ki fèw mal.



7

Você tem febre?

Sim / Não

8

Tem alguma doença?

Sim / Não



7

Ou gen fyèv? wi / Non

8

**Ou gen maladi
Kronik? wi / Non**

9

Diabetes?

Sim / Não

10

Hipertensão?

Sim / Não



9

Dyabèt / sik?

Wi / Non

10

Ou Fè Tansyon?

Wi / Non





11

**Sabe de algum familiar
que tinha essa doença?**

**Pai / Mãe / Irmão
Filhos / Companheiro**



11

**Gen moun nan fanmiy
ou ki te gen maladi sa yo?**

**Papa / Mama / Frè
Pitit / Mari**

12

**Toma alguma
medicação? Sim / Não**

13

Qual medicamento?

12

Ou bwè kèk remèd?

Wi / Non

13

Ki remèd?



14

Come muita fritura?

Sim / Não

15

Usa muita gordura?

Sim / Não



14

Ou mange anpil fritay?
Wi / Non

15

Ou manje anpil grès?
Wi / Non



16

Toma muito café?

Sim / Não

17

Come muito doce?

Sim / Não



16

Anpil kafe?

Wi / Non

17

Anpil sik?

Wi / Non



18

Você fuma?

Sim / Não

19

Você bebe?

Sim / Não



18

Ou Fimen?

Wi / Non

19

Ou bwè alkòl?

Wi / Non



20

Qual seu peso?

21

Qual sua altura?



20

Konbyen ou peze?

21

Ki wotè ou?



22

Tem alguma alergia?

Sim / Não

Alimento / Medicamento



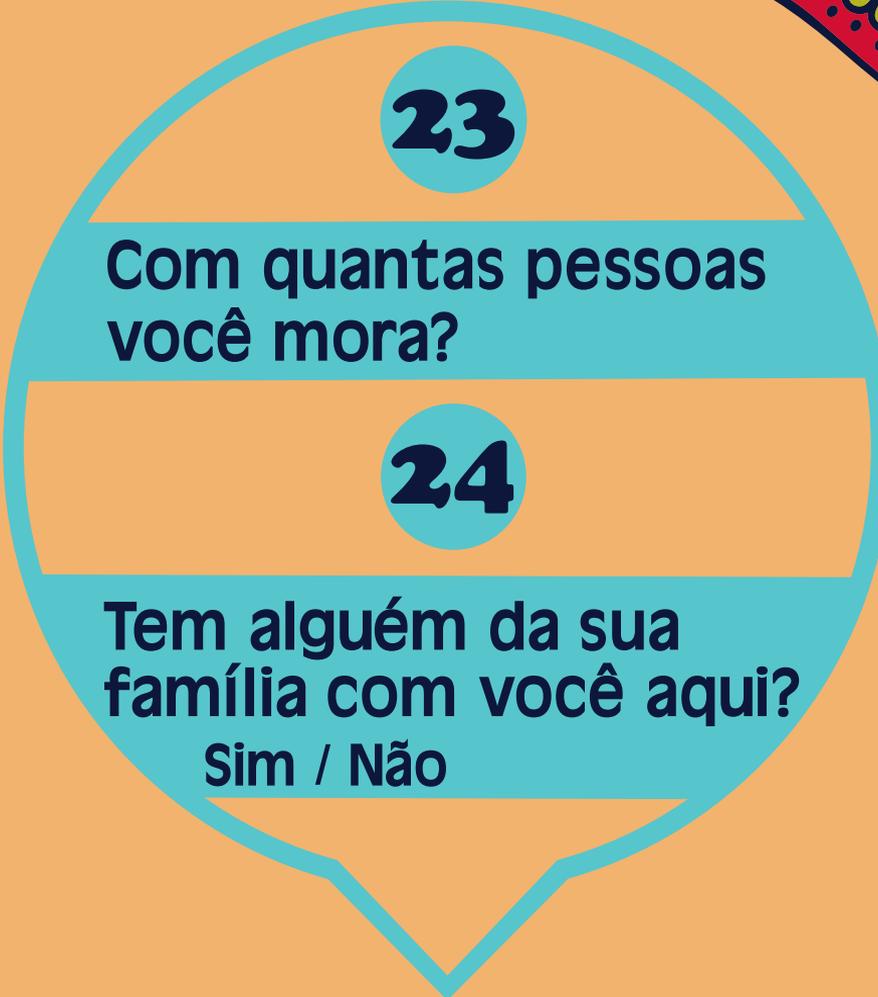
22

Ou Fè alèji?

Wi / Non

Manje / Medikaman





23

**Com quantas pessoas
você mora?**

24

**Tem alguém da sua
família com você aqui?**

Sim / Não

23

Ak ki moun wap viv?

24

**Ou gen fanmiy avèk
ou isit? Wi / Non**



25

Quem? Pai / Mãe / Irmão /
Filhos / Companheiro

26

Tem filhos? sim / Não



25

Ki moun? Papa / Mama /
Frè / Pitit / Mari

26

Ou gen pitit? Wi / Non



27

Você trabalha no Brasil?

Sim / Não

28

Tem carteira profissional assinada? sim / Não

27

**Nan kisa ou travay
nan Brezil? Wi / Non**

28

**Kat Travay ou siyen?
Wi / Non**





**Agradecemos pela sua
colaboração.
Essas informações são muito
importantes para podermos
lhe oferecer o melhor cuidado.**





**Nou remèsyew pou
kolaborasyonw.
Enfòmasyon sa yo enpòtan
anpil pou nou ka ba ou pi
Bon swen.**





Prefeitura de Porto Alegre

SECRETARIA DE SAÚDE

