

**PASSEPORT
SANTÉ**

**HEALTH
PASSPORT**



Realisation : département communication ABS Nouvelle-Aquitaine (2019) - Illustrations : Freepik





FICHE PERSONNELLE



NOM :
Prénom :



Date de naissance :



Lieu de naissance :



Nationalité :

Téléphone :



Email :



Langues parlées :

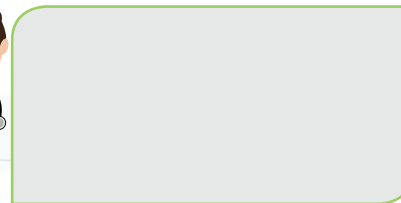
- Français Anglais
 Autres langues :
.....
.....



Adresse / Domiciliation :
.....
.....
.....
.....

MON MÉDECIN TRAITANT

TAMPON DU MÉDECIN



MA PERSONNE DE CONFIANCE



NOM :

Prénom :

Autres personnes de contact :
.....
.....
.....



Téléphone :

SITUATION ADMINISTRATIVE

Situation et composition familiale :

.....

Situation sur le territoire :

- Date d'arrivée en France :
- Date du premier rdv à l'OFIL :

.....

Profession :

.....

FICHE SOCIALE

N° SS :

Centre de SS (sécurité sociale) :

.....

Ouverture des droits :

SS de base Jusqu'au :

PUMA Jusqu'au :

ALD Pathologie :

Jusqu'au :

CMUC Jusqu'au :

AME Jusqu'au :

Aucun droit

En cours – dossier initié le :

Ressources financières :

Précisez (ADA etc...) :

Hébergement :

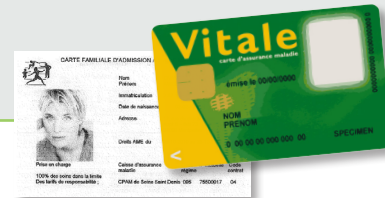
Sans Domicile Fixe

Institutionnel/Associatif

Amical /Familial

Autre :

.....



PARCOURS PERSONNEL : STRUCTURES / LIEUX D'ACCUEIL



Nom de l'établissement :

Adresse :

.....

.....



Téléphone :

Référent :

Période :



Nom de l'établissement :

Adresse :

.....

.....



Téléphone :

Référent :

Période :



Nom de l'établissement :

Adresse :

.....

.....



Téléphone :

Référent :

Période :



Nom de l'établissement :

Adresse :

.....

.....



Téléphone :

Référent :

Période :



FICHE MÉDICALE

ANTÉCÉDENTS	DATE	TRAITEMENT
Vaccinations (voir page 32)		
Allergies		
Somatiques et psychologiques		

ANTÉCÉDENTS	DATE	TRAITEMENT
Chirurgicaux		
Familiaux		

BILAN DE SANTÉ INITIAL

DATE / RÉALISÉ PAR	CONCLUSIONS
Entretien Infirmier	
Examen Médical	

BILAN DE SANTÉ INITIAL

	DATE	RÉSULTAT
Bilan sanguin : <input type="checkbox"/> VHC Ac anti VHC ARN VHC <input type="checkbox"/> VHB Ag HBs Ac anti HBs Ac anti HBc <input type="checkbox"/> VIH <input type="checkbox"/> SYPHILIS		
Dépistage Tuberculose : <input type="checkbox"/> Radio pulmonaire		






ÉLÉMENTS MÉDICAUX IMPORTANTS

DATE	 DIAGNOSTIC	 TRAITEMENT	 MÉDECIN / SERVICE




ÉLÉMENTS MÉDICAUX IMPORTANTS

DATE	 DIAGNOSTIC	 TRAITEMENT	 MÉDECIN / SERVICE






ÉLÉMENTS MÉDICAUX IMPORTANTS

DATE	 DIAGNOSTIC	 TRAITEMENT	 MÉDECIN / SERVICE



ÉLÉMENTS MÉDICAUX IMPORTANTS

DATE	 DIAGNOSTIC	 TRAITEMENT	 MÉDECIN / SERVICE






ÉLÉMENTS MÉDICAUX IMPORTANTS

DATE	 DIAGNOSTIC	 TRAITEMENT	 MÉDECIN / SERVICE






ÉLÉMENTS MÉDICAUX IMPORTANTS

DATE	 DIAGNOSTIC	 TRAITEMENT	 MÉDECIN / SERVICE



ÉLÉMENTS MÉDICAUX IMPORTANTS

DATE	 DIAGNOSTIC	 TRAITEMENT	 MÉDECIN / SERVICE



ÉLÉMENTS MÉDICAUX IMPORTANTS

DATE	 DIAGNOSTIC	 TRAITEMENT	 MÉDECIN / SERVICE

MES INTERVENANTS EN SANTÉ

FICHE INFIRMIER



DATE	NOM DU PROFESSIONNEL	OBSERVATIONS - COMMENTAIRES

FICHE SUIVI SANTÉ MENTALE

Éléments de souffrance : oui non

Orientations :



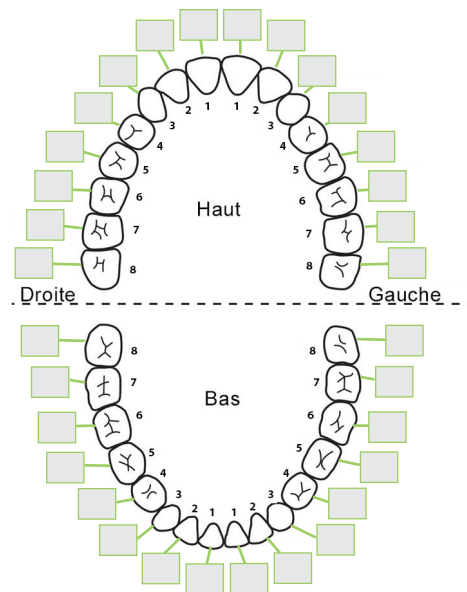
DATE	NOM DU PROFESSIONNEL	OBSERVATIONS - COMMENTAIRES

FICHE CHIRURGIEN-DENTISTE



DATE	NOM DU PROFESSIONNEL	OBSERVATIONS - COMMENTAIRES

ÉTAT BUCCO-DENTAIRE ADULTE



La dent est :

C : cariée A : absente O : obturée/couronnée D : Dévitalisée

Niveau d'hygiène buccale :

Bon

Mauvais

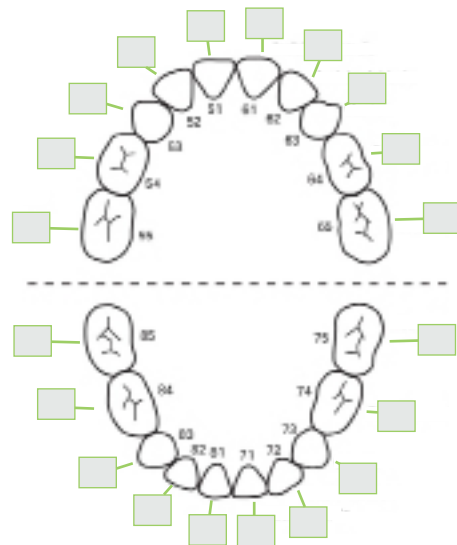
Médiocre

FICHE CHIRURGIEN-DENTISTE



DATE	NOM DU PROFESSIONNEL	OBSERVATIONS - COMMENTAIRES

ÉTAT BUCCO-DENTAIRE ENFANT



La dent est :

C : cariée A : absente O : obturée/couronnée D : Dévitalisée

Niveau d'hygiène buccale :

Bon

Mauvais

Médiocre

FICHE SUIVI SOCIAL



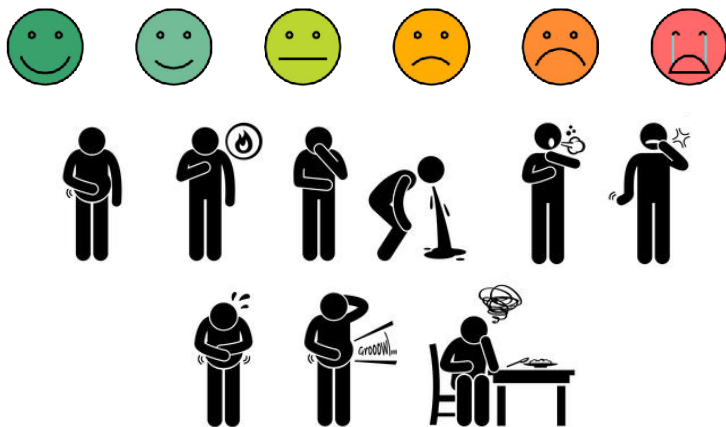
DATE	NOM DU PROFESSIONNEL	OBSERVATIONS - COMMENTAIRES

FICHE GYNÉCOLOGUE / SAGE-FEMME









DATE	NOM DU PROFESSIONNEL	OBSERVATIONS - COMMENTAIRES

ÉCHELLE DE LA DOULEUR



MON RÉPERTOIRE SANTÉ

	SAMU	15
	POMPIERS	18
	POLICE	17
	SOS MÉDECINS	
	HÉBERGEMENT D'URGENCE	115
	FEMMES VICTIMES DE VIOLENCES	39-19

COMMENTAIRES LIBRES – NOTES PERSONNELLES

A large rectangular area with rounded corners, light gray background, and a green border. It contains 18 horizontal dotted lines for writing.

COMMENTAIRES LIBRES – NOTES PERSONNELLES

A large rectangular area with rounded corners, light gray background, and a green border. It contains 18 horizontal dotted lines for writing.

COMMENTAIRES LIBRES – NOTES PERSONNELLES

A large rectangular area with a light gray background and a green border, containing 18 horizontal dotted lines for writing.

COMMENTAIRES LIBRES – NOTES PERSONNELLES

A large rectangular area with a light gray background and a green border, containing 18 horizontal dotted lines for writing.





PASSEPORT

SANTÉ

HEALTH

PASSPORT

Nom :
Prénom :

CARNET DE VACCINATION

ROR		DTP (+ coqueluche 1 ^{ère} injection)			Hépatite B						
Nom et numéro de lot		Date et signature		Nom et numéro de lot		Date et signature		Nom et numéro de lot		Date et signature	
1 ^{ère} injection				1 ^{ère} injection				1 ^{ère} injection			
2 ^{ème} injection				2 ^{ème} injection				2 ^{ème} injection			
MÉNINGITE				3 ^{ème} injection				3 ^{ème} injection			
Nom et numéro de lot		Date et signature		RAPPELS							
AUTRES											

Avec la collaboration de :



Selon le statut vaccinal de la personne, se référer au site : vaccination-info-service.fr

