

**PASSEPORT
SANTÉ**
**HEALTH
PASSPORT**

**PASSEPORT
SANTÉ**

**HEALTH
PASSPORT**

CONFIDENTIAL



ARS Grand Est - Décembre 2020 - Illustrations - Freepik



CONCEPTION ORIGINALE



Département Communication de l'ARS Nouvelle-Aquitaine

Avec la collaboration de :
COORDO SANTÉ MNA
CHU - Hôpitaux de Bordeaux

FICHE PERSONNELLE



NOM :

Prénom :



Date de naissance :

Lieu de naissance :



Nationalité :



Téléphone :



Email :

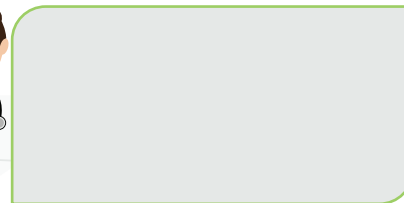


Langues parlées :

☐ 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 :
- ☐ CCS 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 :

Réfèrent :

Période :



Nom de l'établissement :

Adresse :

.....

.....



Téléphone :

Réfèrent :

Période :



Nom de l'établissement :

Adresse :

.....

.....



Téléphone :

Réfèrent :

Période :



Nom de l'établissement :

Adresse :

.....

.....



Téléphone :

Réfèrent :

Période :



FICHE MÉDICALE

ANTÉCÉDENTS	DATE	TRAITEMENT
Vaccinations (voir pages 38/39)		
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 : ☐ VHC ☐ VHB Ag HBs Ac anti HBs Ac anti HBc ☐ VIH ☐ SYPHILIS		
Dépistage Tuberculose : ☐ 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 :



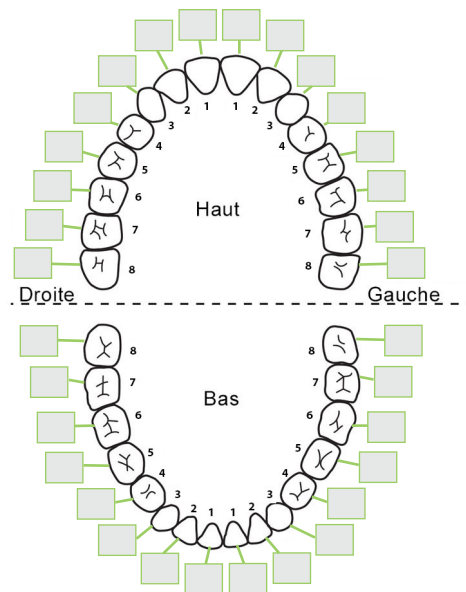
DATE	NOM DU PROFESSIONNEL	OBSERVATIONS - COMMENTAIRES

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 :

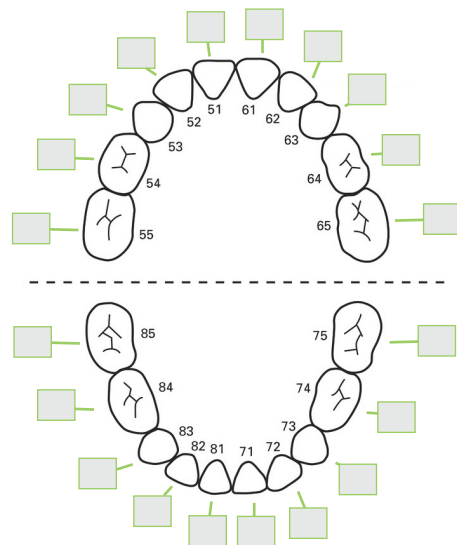
☐ Bon☐ Mauvais☐ Médiocre

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



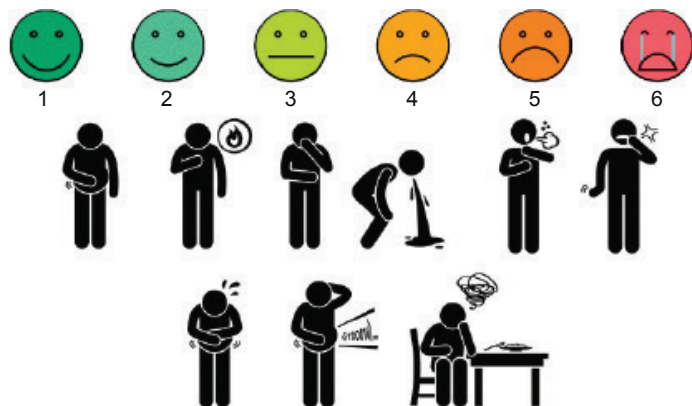
DATE	NOM DU PROFESSIONNEL	OBSERVATIONS - COMMENTAIRES

FICHE GYNÉCOLOGUE / SAGE-FEMME



DATE	NOM DU PROFESSIONNEL	OBSERVATIONS - COMMENTAIRES

ÉCHELLE DE LA DOULEUR



MON RÉPERTOIRE SANTÉ

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

COMMENTAIRES LIBRES – NOTES PERSONNELLES

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

COMMENTAIRES LIBRES – NOTES PERSONNELLES

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

COMMENTAIRES LIBRES – NOTES PERSONNELLES

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

COMMENTAIRES LIBRES – NOTES PERSONNELLES

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

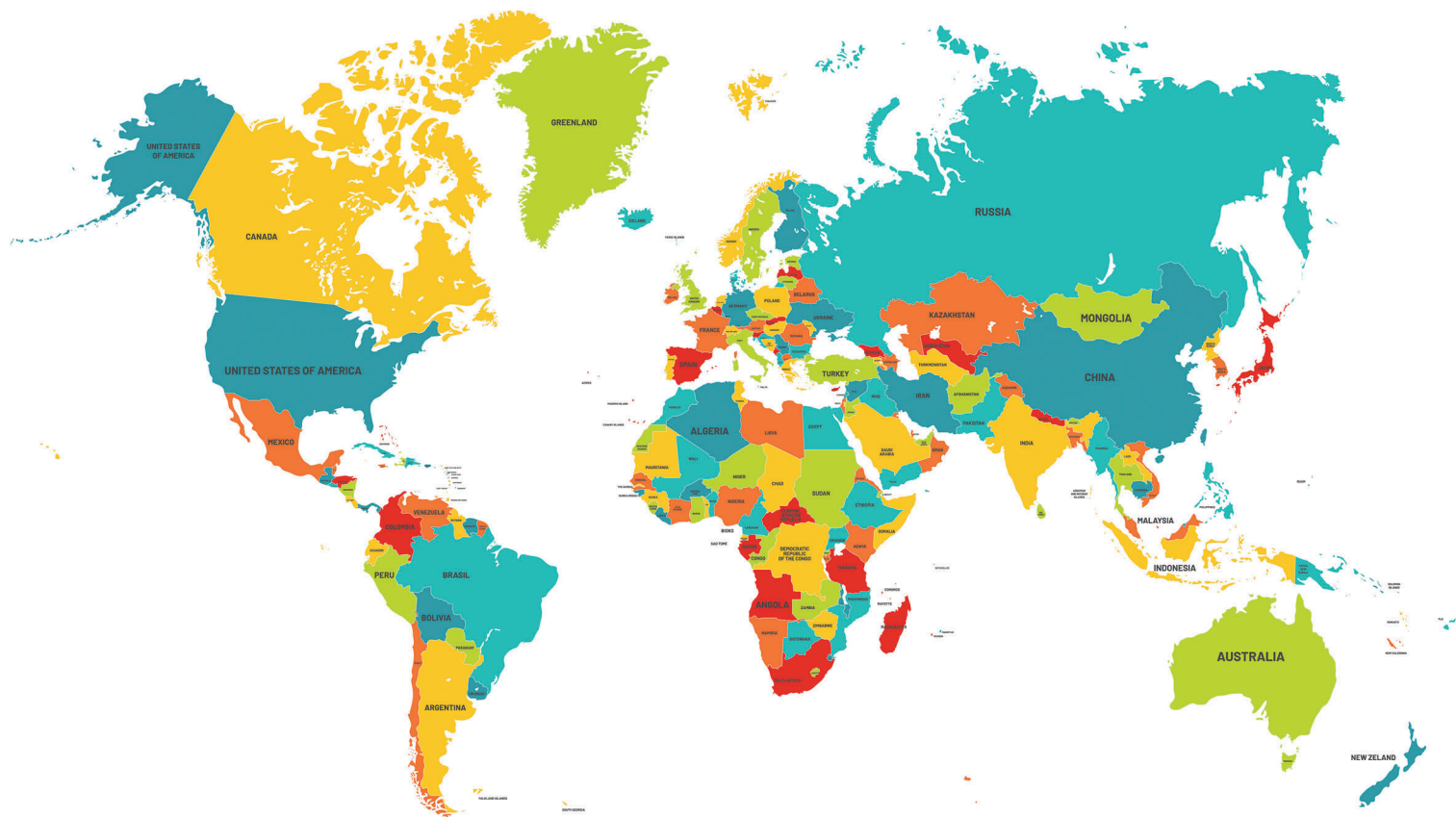
.....

.....

.....

.....

.....



Nom :

Prénom :

ROR ☐ À jour			DTP (+ coqueluche 1 ^{ère} injection) ☐ À jour			Hépatite B ☐ À jour		
Nom et numéro de lot		Date/Signature/ Cachet	Nom et numéro de lot		Date/Signature/ Cachet	Nom et numéro de lot		Date/Signature/ Cachet
1 ^{ère} injection			1 ^{ère} injection			1 ^{ère} injection		
2 ^{ème} injection			2 ^{ème} injection			2 ^{ème} injection		
MÉNINGITE ☐ À jour			3 ^{ème} injection			3 ^{ème} injection		
Nom et numéro de lot		Date/Signature/ Cachet	RAPPELS			RAPPELS		
COVID-19 ☐ À jour			AUTRES					
Nom et numéro de lot		Date/Signature/ Cachet	Nom et numéro de lot	Date/Signature/ Cachet	Nom et numéro de lot	Date/Signature/ Cachet	Nom et numéro de lot	Date/Signature/ Cachet
1 ^{ère} injection								
2 ^{ème} injection								
RAPPELS								

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

Recommandations HAS : <https://www.has-sante.fr/>

Rubrique : Industriels > Vaccination Rattrapage vaccinal en situation de statut vaccinal incomplet, inconnu, ou incomplètement connu - En population générale et chez les migrants primo-arrivants