

**PASSEPORT
SANTÉ**

**HEALTH
PASSPORT**

CONFIDENTIAL





QU'EST-CE QUE LE PASSEPORT SANTÉ ?

Ce Passeport Santé est un document qui permet de disposer des informations nécessaires concernant la santé des personnes accompagnées dans les différentes structures/lieux d'accueil ; par exemple : antécédents administratifs, médicaux, rdv médicaux, dépistages, vaccinations, etc. ...

Il doit être renseigné par son usager pour les parties qui le concernent ainsi que par le professionnel lors de chaque rendez-vous.

Ce document accompagné d'une notice traduite en 13 langues, est gratuit et disponible en version papier sur commande à l'ARS Grand Est. Il est également disponible sous format digital accessible sur notre site : Parcours santé des migrants : l'ARS Grand Est propose un Passeport Santé | Agence régionale de santé Grand Est (sante.fr)

POUR QUE LA BARRIÈRE DE LA LANGUE NE SOIT PLUS UN FREIN À L'ACCÈS AUX SOINS LIBÉRAUX

Dans la région Grand Est, un service d'interprétariat téléphonique est mis gratuitement à disposition de tous les professionnels de santé libéraux. Les professionnels concernés doivent demander un code pour accéder à un interprète 24 h/24 h et 7 j/7 j : plus de 185 langues sont disponibles en 2 minutes maximum (soit en urgence, soit sur RDV).

SERVICE D'INTERPRÉTARIAT TÉLÉPHONIQUE



POUR ALLER PLUS LOIN



MON RÉPERTOIRE SANTÉ
HEALTHCARE PHONE NOS

APPELS GRATUITS (FREE CALLS)

SAMU (EMERGENCY MEDICAL SERVICES)	15
POMPIERS (FIRE FIGHTERS)	18
POLICE (POLICE)	17
HÉBERGEMENT D'URGENCE (EMERGENCY ACCOMMODATION)	115
VIOLENCES INTRA-FAMILIALES ET FEMMES VICTIMES DE VIOLENCES (DOMESTIC VIOLENCE AND VIOLENCE AGAINST WOMEN)	3919
PRÉVENTION DU SUICIDE (SUICIDE PREVENTION)	3114
N° URGENCE À DESTINATION DES PERSONNES SOURDES ET MALENTENDANTES (EMERGENCY NUMBER FOR DEAF AND HEARING-IMPAIRED INDIVIDUALS)	114
N° URGENCE EUROPÉEN (EUROPEAN EMERGENCY NO)	112

GÉNÉRALITÉS (GENERAL)**6**Fiche personnelle (*Personal record*)**6**Ma personne de confiance (*Trusted person*)**7**Situation administrative (*Administrative situation*)**8**Fiche sociale (*Social record*)**9**Parcours personnel : structures / Lieux d'accueil
(*Personal pathway : accommodation organisations / Places*)**10**Fiche suivi social (*Social follow-up record*)**12****INFORMATIONS MÉDICALES (MEDICAL INFORMATION)****14**Mon médecin traitant (*Personal general practitioner*)**14**Fiche médicale (*Medical record*)**15**Bilan de santé initial (*Initial health examination*)**18**Éléments médicaux importants (*Important medical information*)**20****INFORMATIONS SPÉCIFIQUES (SPECIFIC INFORMATION)****22**Fiche infirmier (*Nursing record*)**22**Fiche chirurgien-dentiste (*Dental surgery record*)**24**Bilan chirurgien-dentiste adulte (*Dental surgery record for adults*)**25**Fiche chirurgien-dentiste (*Dental surgery record*)**26**Bilan chirurgien-dentiste enfant (*Dental surgery record for children*)**27**Fiche gynécologue (*Gynaecology record*)**28**Suivi gynécologique (*Gynaecology follow-up*)**29**Fiche santé mentale (*Mental health record*)**30**

EXAMENS COMPLÉMENTAIRES <i>(Additional examinations)</i>	32
DÉPISTAGES <i>(Screening)</i>	36
VACCINS <i>(Vaccines)</i>	40
Carnet de vaccination <i>(Vaccination booklet)</i>	40
MAPPEMONDE <i>(Map)</i>	46
PROCHAINS RENDEZ-VOUS <i>(Upcoming appointments)</i>	48
NOTES PERSONNELLES <i>(Personal notes)</i>	50
COMMENTAIRES LIBRES - NOTES PERSONNELLES <i>(Free format comments - Personal notes)</i>	50
ÉCHELLE DE LA DOULEUR <i>(Pain scale)</i>	54

COMMENT REMPLIR LE PASSEPORT SANTÉ ?

(Completing the health passport ?)

« Les icônes (●) et (▲) vont vous conseiller qui doit remplir dans chacune des pages »

« The icons (●) and (▲) indicate who should complete »



UN PROFESSIONNEL DE LA STRUCTURE

(A professional from the organisation)



VOUS OU VOTRE PERSONNE DE CONFIANCE

(You or your trusted person)

● UN PROFESSIONNEL DE LA STRUCTURE
(A professional from the organisation)

▲ VOUS OU VOTRE PERSONNE DE CONFIANCE
(You or your trusted person)

FICHE PERSONNELLE PERSONAL RECORD



NOM (SURNAME) :

Prénom (Forename) :



Date de naissance / Date of birth

.....



Téléphone / Phone n°

.....



Lieu de naissance / Place of birth

.....



E-mail / Email

.....



Nationalité / Nationality

.....



LANGUES PARLÉES / LANGUAGES SPOKEN



Anglais
(English)



Français
(French)



Autres :



ADRESSE / DOMICILIATION / ADDRESS / DOMICILE

.....

.....

.....

.....

● UN PROFESSIONNEL DE LA STRUCTURE
(A professional from the organisation)

▲ VOUS OU VOTRE PERSONNE DE CONFIANCE
(You or your trusted person)



MA PERSONNE DE CONFIANCE TRUSTED PERSON

La personne de confiance peut vous accompagner dans vos démarches d'ordre médical, vous assister aux rendez-vous médicaux et vous aider à prendre des décisions concernant votre santé.

The trusted person can accompany you in your medical formalities, attend your medical appointments and help you make decisions about your health.



NOM (SURNAME) :

Prénom (Forename) :

Lien avec la personne (Relationship with the person) :



**Autres personnes
de contact**
(Other contact
persons)

.....

.....

.....

.....



Téléphone / Phone n° :

● UN PROFESSIONNEL DE LA STRUCTURE
(A professional from the organisation)

▲ VOUS OU VOTRE PERSONNE DE CONFIANCE
(You or your trusted person)

SITUATION ADMINISTRATIVE ADMINISTRATIVE SITUATION



Situation et composition familiale (Situation and family composition) :

.....

.....

.....

.....

.....

Situation sur le territoire (Situation in the country) :

Date d'arrivée en France (Date of arrival in France) :

Date du premier rendez-vous à l'OFII (Date of first appointment with OFII) :

.....

.....

.....

.....

.....

Profession (Occupation) :

.....

.....

.....

.....

.....

UN PROFESSIONNEL DE LA STRUCTURE
(A professional from the organisation)

▲ VOUS OU VOTRE PERSONNE DE CONFIANCE
(You or your trusted person)



FICHE SOCIALE SOCIAL RECORD

N° de Sécurité Sociale (*Social Security no.*) :

Centre de Sécurité Sociale (*xxxxxx*) :

OUVERTURE DES DROITS (*Access to entitlement*)

SS de base jusqu'au (*Basic SS until*) :

PUMa jusqu'au (*PUMa until*) :

CSS jusqu'au (*CSS until*) :

AME jusqu'au (*AME until*) :

ALD Pathologie/Diagnostic (*ALD (long-term disease) Condition/Diagnosis*) :

MATERNITÉ (*Access to entitlement*)

Dossier en cours initié le (*Application pending, started on*) :

Aucun droit (*No entitlement*) :

RESSOURCES FINANCIÈRES (*Financial resources*)

Précisez (ADA, RSA, etc.) (*Please specify (ADA, RSA, etc.)*) :

HÉBERGEMENT (*Accommodation*)

Sans domicile fixe (*No known address*) :

Institutionnel/Associatif (*Institution/Organisation*) :

Amical/Familial (*Friends/Family*) :

Autre (*Others*) :

GLOSSAIRE (Glossary)

SS : Sécurité Sociale
ADA : Allocation pour les Demandeurs d'Asile
ALD : Affection de Longue Durée
AME : Aide Médicale de l'Etat
CSS : Complémentaire de Santé Solidaire
PUMa : Protection Universelle Maladie
RSA : Revenu de solidarité Active

SS : Sécurité Sociale
ADA : Allocation pour les Demandeurs d'Asile
ALD : Affection de Longue Durée
AME : Aide Médicale de l'Etat
CSS : Complémentaire de Santé Solidaire
PUMa : Protection Universelle Maladie
RSA : Revenu de solidarité Active

● UN PROFESSIONNEL DE LA STRUCTURE
(A professional from the organisation)

▲ VOUS OU VOTRE PERSONNE DE CONFIANCE
(You or your trusted person)

PARCOURS PERSONNEL : STRUCTURES / LIEUX D'ACCUEIL
PERSONAL PATHWAY: ACCOMMODATION ORGANISATIONS/PLACES

À RENSEIGNER EN CAS DE CHANGEMENT
PLEASE COMPLETE IN CASE OF CHANGE



Nom de l'établissement (Name of establishment) :

Date (Date) :

Adresse (Address) :

.....

.....



Téléphone (Telephone) :

Référent (Reference person) :

Période (Period) :

.....



Nom de l'établissement (Name of establishment) :

Date (Date) :

Adresse (Address) :

.....

.....



Téléphone (Telephone) :

Référent (Reference person) :

Période (Period) :

.....

 **UN PROFESSIONNEL DE LA STRUCTURE**
(A professional from the organisation)

 **VOUS OU VOTRE PERSONNE DE CONFIANCE**
(You or your trusted person)

PARCOURS PERSONNEL : STRUCTURES / LIEUX D'ACCUEIL
PERSONAL PATHWAY: ACCOMMODATION ORGANISATIONS/PLACES



Nom de l'établissement (*Name of establishment*) :

Date (*Date*) :

Adresse (*Address*) :

.....

.....



Téléphone (*Telephone*) :

Référent (*Reference person*) :

Période (*Period*) :

.....



Nom de l'établissement (*Nom de l'établissement*) :

Date (*Date*) :

Adresse (*Address*) :

.....

.....



Téléphone (*Telephone*) :

Référent (*Reference person*) :

Période (*Period*) :

.....

FICHE SUIVI SOCIAL
SOCIAL FOLLOW-UP RECORD

● **UN PROFESSIONNEL DE LA STRUCTURE**
(A professional from the organisation)

VOUS OU VOTRE PERSONNE DE CONFIANCE
(You or your trusted person)

[illegible]

UN PROFESSIONNEL DE LA STRUCTURE
(A professional from the organisation)

VOUS OU VOTRE PERSONNE DE CONFIANCE
(You or your trusted person)

**FICHE SUIVI SOCIAL**
SOCIAL FOLLOW-UP RECORD[illegible]

MON MÉDECIN TRAITANT
PERSONAL GENERAL PRACTITIONER**À RENSEIGNER EN CAS DE CHANGEMENT**
PLEASE COMPLETE IN CASE OF CHANGE**TAMPON DU MÉDECIN** (*Stamp of physician*)**Date (Date):** / /**TAMPON DU MÉDECIN** (*Stamp of physician*)**Date (Date):** / /**TAMPON DU MÉDECIN** (*Stamp of physician*)**Date (Date):** / /**POUR ALLER PLUS LOIN**
MORE INFORMATION



VACCINATIONS - Voir pages 40-45 (Vaccinations - See pages 40-45)

PATHOLOGIES AU LONG COURS (Long-term conditions)

DIAGNOSTIC <i>Diagnosis</i>	DATE <i>Date</i>	INFORMATIONS / TRAITEMENTS <i>Information / Treatment</i>

ALLERGIES (alimentaires, médicaments et autres) (Allergies (food, medication and others))

TYPE <i>Type</i>	DATE <i>Date</i>	INFORMATIONS / TRAITEMENTS <i>Information / Treatment</i>

FICHE MÉDICALE
 MEDICAL RECORD


CHIRURGICAUX (Surgical)

INTERVENTIONS <i>Procedures</i>	DATE <i>Date</i>	INFORMATIONS / TRAITEMENTS <i>Information / Treatment</i>

FAMILIAUX (Family)

PATHOLOGIE <i>Condition</i>	MEMBRE DE LA FAMILLE <i>Family members</i>	DATE <i>Date</i>	INFORMATIONS / TRAITEMENTS <i>Information / Treatment</i>



FICHE MÉDICALE
MEDICAL RECORD

GYNÉCO-OBSTÉTRICAUX (Obstetrical and gynaecological)

ANTÉCÉDENTS <i>History</i>	DATE <i>Date</i>	INFORMATIONS / TRAITEMENTS <i>Information / Treatment</i>

MODE DE VIE (alimentation, tabagisme, addictions, activité physique/sédentarisme, etc.)
LIFE STYLE (food, smoking, addictions, physical activity/sedentary life style etc.)

ANTÉCÉDENTS <i>History</i>	DATE <i>Date</i>	INFORMATIONS / TRAITEMENTS <i>Information / Treatment</i>



VOIR VACCINATIONS > PAGE 40

See Vaccinations > page 40



UN PROFESSIONNEL DE LA STRUCTURE

(A professional from the organisation)

BILAN DE SANTÉ INITIAL
INITIAL HEALTH EXAMINATION**DATE / RÉALISÉ
PAR***Date / Carried out by***CONCLUSIONS***Conclusions***Entretien infirmier (Interview with nurse)**

 **UN PROFESSIONNEL DE LA STRUCTURE**
(A professional from the organisation)



BILAN DE SANTÉ INITIAL
INITIAL HEALTH EXAMINATION

**DATE / RÉALISÉ
PAR**

Date / Carried out by

CONCLUSIONS

Conclusions

Entretien médical (Medical interview)

ÉLÉMENTS MÉDICAUX IMPORTANTS



● **UN PROFESSIONNEL DE LA STRUCTURE**
(A professional from the organisation)

[illegible]

UN PROFESSIONNEL DE LA STRUCTURE
(A professional from the organisation)



ÉLÉMENTS MÉDICAUX IMPORTANTS

[illegible]

**FICHE INFIRMIER**
NURSING RECORD

UN PROFESSIONNEL DE LA STRUCTURE
(A professional from the organisation)

[illegible]

**FICHE INFIRMIER**
NURSING RECORD[illegible]



(A professional from the organisation)

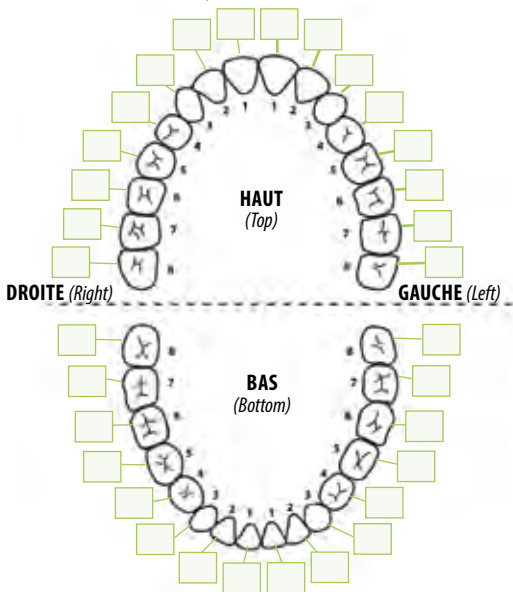
FICHE CHIRURGIEN-DENTISTE
DENTAL SURGERY RECORD[illegible]

UN PROFESSIONNEL DE LA STRUCTURE
(A professional from the organisation)



BILAN CHIRURGIEN-DENTISTE ADULTE
DENTAL SURGERY RECORD FOR ADULTS

ÉTAT BUCCO-DENTAIRE ADULTE
(ORAL HEALTH CONDITION OF ADULTS)



LA DENT EST (The tooth is) :

- C** Cariée (Decayed) **A** Absente (Missing) **O** Obturée / Couronnée (Filled/capped) **D** Dévitalisée (Devitalised)

NIVEAU D'HYGIÈNE BUCCALE

Oral health

- ☐ **BON** (Good) ☐ **MAUVAIS** (Bad) ☐ **MÉDIOCRE** (Mediocre)



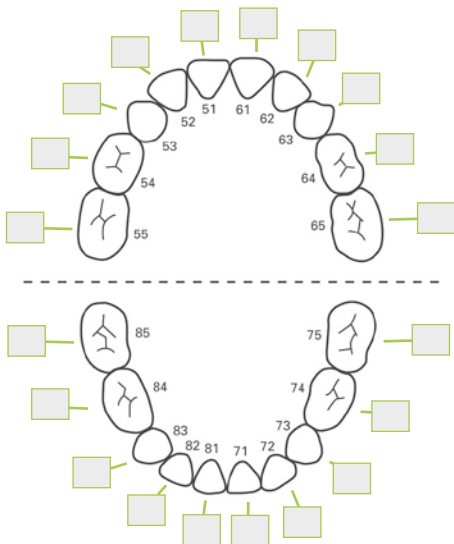
(A professional from the organisation)

FICHE CHIRURGIEN-DENTISTE
DENTAL SURGERY RECORD[illegible]

UN PROFESSIONNEL DE LA STRUCTURE
(A professional from the organisation)



BILAN CHIRURGIEN-DENTISTE ENFANT
DENTAL SURGERY RECORD FOR CHILDREN



LA DENT EST (The tooth is) :

- C** Cariée (Decayed) **A** Absente (Missing) **O** Obturée / Couronnée (Filled / Capted) **D** Dévitalisée (Devitalised)

NIVEAU D'HYGIÈNE BUCCALE

Oral health

- ☐ **BON** (Good) ☐ **MAUVAIS** (Bad) ☐ **MÉDIOCRE** (Mediocre)

[illegible]



(A professional from the organisation)



SUIVI GYNÉCOLOGIQUE
Gynaecology Follow-up

[illegible]

FICHE SANTÉ MENTALE

FICHE SANTÉ MENTALE



DATE <i>Date</i>	NOM DU PROFESSIONNEL <i>Name of professional</i>	OBSERVATIONS - COMMENTAIRES <i>Observations - Comments</i>

DISPOSITIFS EN SANTÉ MENTALE DANS LA RÉGION DU GRAND EST : MON SOUTIEN PSY

MENTAL HEALTH SYSTEMS IN THE GRAND EST REGION: PSYCHOLOGICAL
SUPPORT

Qu'est-ce que Mon soutien Psy ?

Les patients de plus de 3 ans (enfants, adolescents et adultes en souffrance psychique d'intensité légère à modérée **peuvent bénéficier, dans le cadre du dispositif Mon soutien psy, de séances avec un psychologue conventionné, remboursées par l'Assurance Maladie.**

What is "Mon soutien psy" (psychological support program)?

Patients above the age of 3 (children, teenagers and adults with light to moderate mental health problems are entitled to sessions with an approved psychologist refunded by health insurance as part of the psychological support programme: Mon soutien psy

**POUR ALLER
PLUS LOIN
MORE
INFORMATION**





(A professional from the organisation)

**FICHE SANTÉ MENTALE**
MENTAL HEALTH RECORD[illegible]

[illegible]



ADDITIONAL EXAMINATIONS



EXAMENS COMPLÉMENTAIRES
ADDITIONAL EXAMINATIONS

[illegible]

EXAMENS COMPLÉMENTAIRES
ADDITIONAL EXAMINATIONS



UN PROFESSIONNEL DE LA STRUCTURE
(A professional from the organisation)

[illegible]



ADDITIONAL EXAMINATIONS



EXAMENS COMPLÉMENTAIRES
ADDITIONAL EXAMINATIONS

[illegible]

UN PROFESSIONNEL DE LA STRUCTURE
(A professional from the organisation)DÉPISTAGES
SCREENINGMaladies Chroniques (diabète, pathologie : rénale-cardiovasculaire-hépatique...)
Chronic disease (diabetes, kidney-cardiovascular-liver conditions etc.)DATE
DateDIAGNOSTIC
DiagnosisOBSERVATIONS / COMMENTAIRES
Observations / Comments

UN PROFESSIONNEL DE LA STRUCTURE
(A professional from the organisation)



DÉPISTAGES
SCREENING

Cancer (sein, colorectal, col de l'utérus...)
Cancer (breast, colorectal, cervical etc.)

[illegible]

RECOMMANDATIONS DES DÉPISTAGES ORGANISÉS (RECOMMENDED SCREENING):

Cancer colorectal : hommes et femmes, de 50 à 74 ans, tous les 2 ans (*Colorectal cancer : men and women, aged 50 to 74, once in every two years*)

Cancer du sein : femmes, de 50 à 74 ans, tous les 2 ans (*Breast cancer: women, aged 50 to 74, once in every two years*)

Cancer du col de l'utérus : femmes, de 25 à 65 ans, tous les 3 à 5 ans (*Cervical cancer: women, aged 25 to 65, once in every three to five years*)

POUR ALLER PLUS LOIN
MORE INFORMATION

Bande dessinée - Le cancer - 1. La prévention des cancers
(Comic strip - Cancer - 1. Prevention of cancer)



DÉPISTAGES
SCREENING



Infections sexuellement transmissibles – IST (Sida/VIH, chlamydia, gonocoque, syphilis, autres)
Sexually transmitted infections – STIs (HIV AIDS, chlamydia, gonorrhoea, syphilis, others)

[illegible]



DÉPISTAGES
SCREENING

39

CARNET DE VACCINATION
VACCINATION BOOKLET

NOM (NAME) :

Prénom (Forename) :

Existence d'un carnet de vaccination du pays d'origine :

(Existence of a vaccination booklet from the country of origin)

☐ Oui (Yes)☐ Non (No)

Langue (Language) :

SELON LE STATUT VACCINAL DE LA PERSONNE,
SE RÉFÉRER AU SITE

(Depending on the individual's vaccination status, refer to the website)

<https://vaccination-info-service.fr>

Vaccination info service

POUR ALLER PLUS LOIN (MORE INFORMATION)

www.has-sante.fr

RECOMMANDATION HAS

(HAS Recommendation)

<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

CARNET DE VACCINATION

VACCINATION BOOKLET

DTCP (DTAP/IPV)

À jour (*Up to date*)

[illegible]

Hib (Hib)

À jour (*Up to date*)

Nom et n° de lot <i>Name and batch no</i>	Date <i>Date</i>	Signature / Cachet <i>Signature / Stamp</i>
	/ /	
	/ /	
	/ /	

CARNET DE VACCINATION
VACCINATION BOOKLET

ROUGEOLE, OREILLONS, RUBÉOLE - ROR (Measles, mumps, rubella - MMR)

Nom et n° de lot <i>Name and batch no</i>	Date <i>Date</i>	Signature / Cachet <i>Signature / Stamp</i>
	/ /	
	/ /	
	/ /	

Hépatite A (Hepatitis A)

☐ **À jour** (Up to date)

Nom et n° de lot <i>Name and batch no</i>	Date <i>Date</i>	Signature / Cachet <i>Signature / Stamp</i>
	/ /	
	/ /	
	/ /	
	/ /	

Hépatite B (Hepatitis B)

☐ **À jour** (Up to date)

Nom et n° de lot <i>Name and batch no</i>	Date <i>Date</i>	Signature / Cachet <i>Signature / Stamp</i>
	/ /	
	/ /	
	/ /	
	/ /	
	/ /	
	/ /	



CARNET DE VACCINATION
VACCINATION BOOKLET

Méningocoque B ou ACWY (Meningococcus B or ACWY) ☐ À jour (Up to date)

Nom et n° de lot Name and batch no	Date Date	Signature / Cachet Signature / Stamp
	/ /	
	/ /	
	/ /	
	/ /	
	/ /	
	/ /	
	/ /	

Covid (Covid)

Nom et n° de lot Name and batch no	Date Date	Signature / Cachet Signature / Stamp
	/ /	
	/ /	
	/ /	

Grippe (Influenza)

Nom et n° de lot Name and batch no	Date Date	Signature / Cachet Signature / Stamp
	/ /	
	/ /	
	/ /	

UN PROFESSIONNEL DE LA STRUCTURE
(A professional from the organisation)CARNET DE VACCINATION
VACCINATION BOOKLET

Varicelle (Chicken pox)

☐ À jour (Up to date)

Nom et n° de lot <i>Name and batch no</i>	Date <i>Date</i>	Signature / Cachet <i>Signature / Stamp</i>
	/ /	
	/ /	
	/ /	
	/ /	
	/ /	
	/ /	
	/ /	
	/ /	
	/ /	
	/ /	

Papillomavirus humain - HPV (Human papillomavirus - HPV)

☐ À jour (Up to date)

Nom et n° de lot <i>Name and batch no</i>	Date <i>Date</i>	Signature / Cachet <i>Signature / Stamp</i>
	/ /	
	/ /	
	/ /	
	/ /	

● **UN PROFESSIONNEL DE LA STRUCTURE**
(A professional from the organisation)



CARNET DE VACCINATION

VACCINATION BOOKLET

Autres vaccins : BCG, tuberculose, autres ☒ **À jour** (*Up to date*)
(*Other vaccines: BCG, tuberculosis, others*)

[illegible]

MAPPEMONDE
MAP



MAPPEMONDE
MAP





UN PROFESSIONNEL DE LA STRUCTURE
(A professional from the organisation)



VOUS OU VOTRE PERSONNE DE CONFIANCE
(You or your trusted person)

DATE

Date

MOTIF DE RDV

Reason for appointment

LIEU

Place

**HEALTH
PASSPORT**

PROCHAINS RENDEZ-VOUS

UPCOMING APPOINTMENTS



(A professional from the organisation)



(You or your trusted person)

49

COMMENTAIRES LIBRES - NOTES PERSONNELLES

FREE FORMAT COMMENTS - PERSONAL NOTES



UN PROFESSIONNEL DE LA STRUCTURE

(A professional from the organisation)



VOUS OU VOTRE PERSONNE DE CONFIANCE

(You or your trusted person)

● **UN PROFESSIONNEL DE LA STRUCTURE**
(A professional from the organisation)

▲ **VOUS OU VOTRE PERSONNE DE CONFIANCE**
(You or your trusted person)

COMMENTAIRES LIBRES - NOTES PERSONNELLES
FREE FORMAT COMMENTS - PERSONAL NOTES



UN PROFESSIONNEL DE LA STRUCTURE

(A professional from the organisation)



VOUS OU VOTRE PERSONNE DE CONFIANCE

(You or your trusted person)

COMMENTAIRES LIBRES - NOTES PERSONNELLES

FREE FORMAT COMMENTS - PERSONAL NOTES

● **UN PROFESSIONNEL DE LA STRUCTURE**
(A professional from the organisation)

▲ **VOUS OU VOTRE PERSONNE DE CONFIANCE**
(You or your trusted person)



NOTES PERSONNELLES

PERSONAL NOTES

COMMENTAIRES LIBRES - NOTES PERSONNELLES
FREE FORMAT COMMENTS - PERSONAL NOTES

ÉCHELLE DE LA DOULEUR PAIN SCALE

ÉCHELLES D'ÉVALUATION DE LA DOULEUR (PAIN ASSESSMENT SCALES)

Echelle des visages (Face scale)



Adjectifs qualifiant la douleur (Pain describing adjectives)

Aucune douleur	Douleur faible	Douleur moyenne	Douleur sévère	Douleur très sévère	Douleur insupportable
----------------	----------------	-----------------	----------------	---------------------	-----------------------

Echelle d'intensité numérique de la douleur (Numerical pain intensity scales)





**Direction de la Promotion de la Santé, de la Prévention
et de la Santé Environnementale**

Nouvelle version Passeport Santé bilingue 2025
En collaboration avec les acteurs du Grand Est

Conception graphique : SAINZO

Impression : Lorraine Graphic

**PASSEPORT
SANTÉ
HEALTH
PASSPORT**