

PASSEPORT SANTÉ

HEALTH PASSPORT

CONFIDENTIAL



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'OFII :

.....
.....
.....
.....
.....
.....
.....

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 :

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 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		
<u>Dépistage Tuberculose :</u> ☐ 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 :



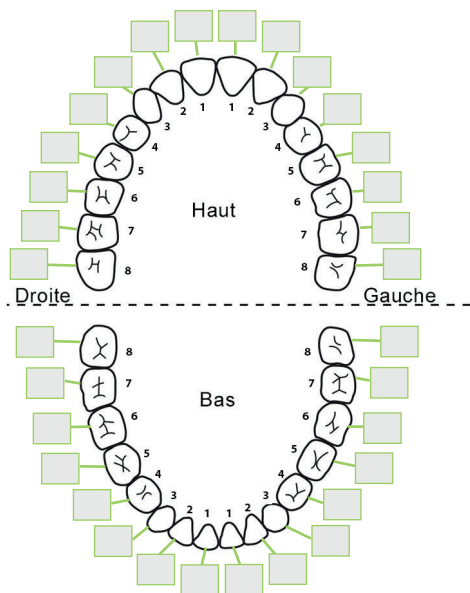
DATE	NOM DU PROFESSIONNEL	OBSERVATIONS - COMMENTAIRES

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

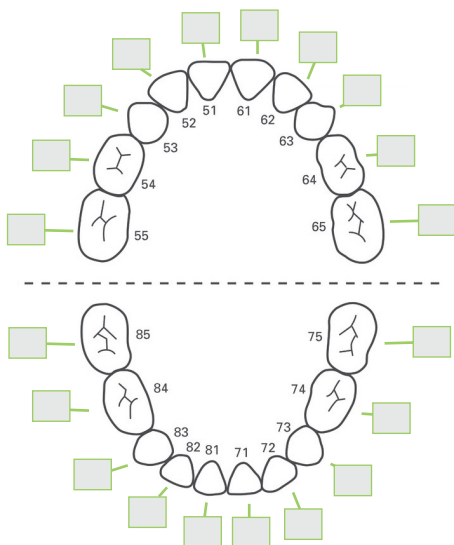
☐ Médiocre

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

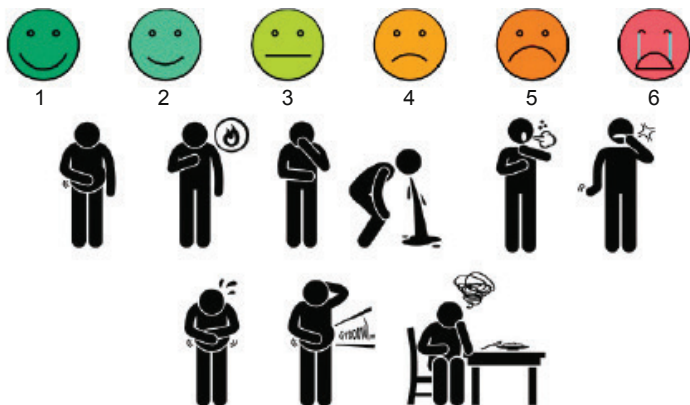


DATE	NOM DU PROFESSIONNEL	OBSERVATIONS - COMMENTAIRES

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

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

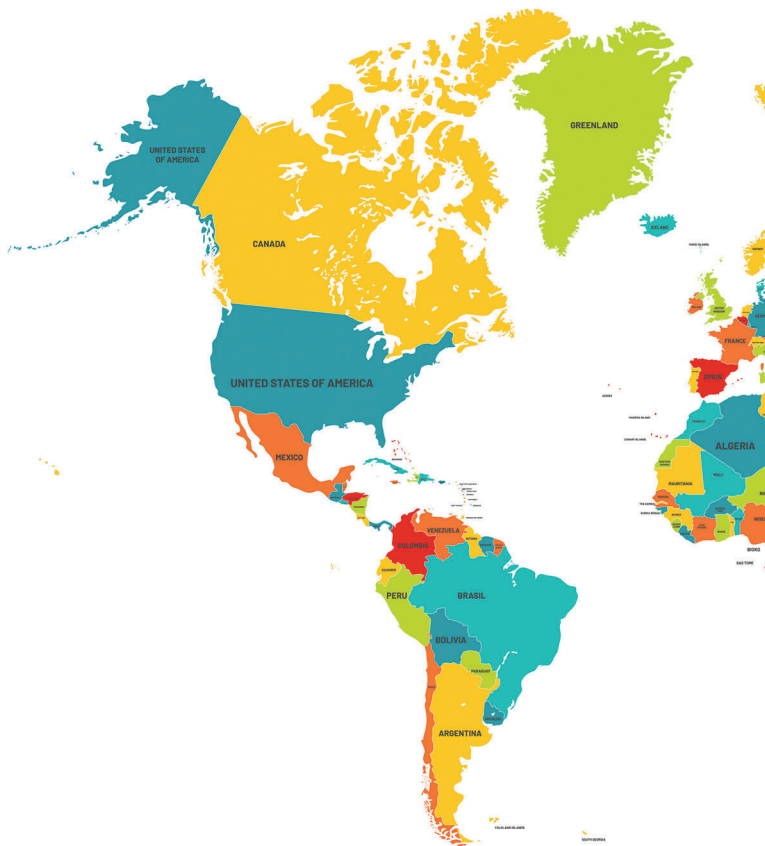
.....

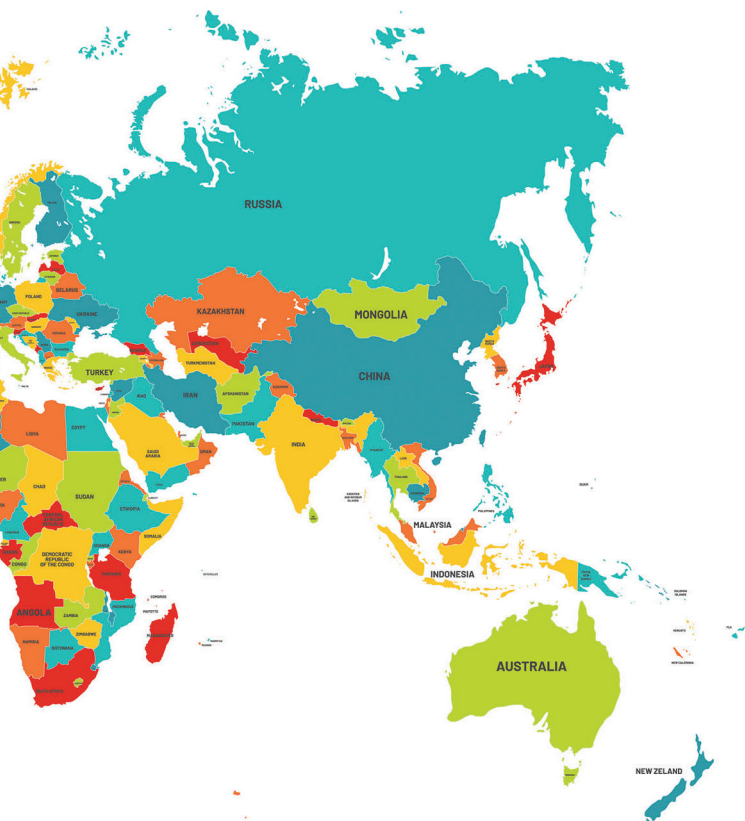
.....

.....

.....

.....





Nom :

Prénom :

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

**Selon le statut vaccinal de la personne, se référer aux
Recommandations HAS : <https://www.has-sante.fr/>**

Rubrique : Industriels > Vaccination Rattrapage vaccinal en situation
En population générale et chez les migrants primo-arrivants

1 ^{ère} injection) ☐ À jour		Hépatite B ☐ À jour		
Date/Signature/ Cachet	Nom et numéro de lot		Date/Signature/ Cachet	
		1 ^{ère} injection		
		2 ^{ème} injection		
		3 ^{ème} injection		
		RAPPELS		
AUTRES				
Signature/ Cachet	Nom et numéro de lot	Date/Signature/ Cachet	Nom et numéro de lot	Date/Signature/ Cachet

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

PASSEPORT SANTÉ HEALTH PASSPORT