RÉPUBLIQUE FRANÇAISE
Liberté
Egalité
Fraternité

Agence Régionale de Santé Grand Est

PASSEPORT SANTÉ

HEALTH PASSPORT

CONFIDENTIAL

PASSEPORT SANTÉ HEALTH PASSPORT

CONCEPTION ORIGINALE

RÉPUBLIQUE FRANÇAISE
Liberté
Égalité
Fraternité

ars Agence Régionale de Santé Nouvelle-Aquitaine

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 : ……
☐ CMU 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 : .....

PASSEPORT SANTÉ

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		

PASSEPORT SANTÉ

ANTÉCÉDENTS	DATE	TRAITEMENT
Chirurgicaux		
Familiaux		

BILAN DE SANTÉ INITIAL

DATE / RÉALISÉ PAR	CONCLUSIONS
Entretien Infirmier	
Examen Médical	

PASSEPORT SANTÉ

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

PASSEPORT SANTÉ

ÉLÉMENTS MÉDICAUX IMPORTANTS

DATE	DIAGNOSTIC	TRAITEMENT	MÉDECIN / SERVICE

ÉLÉMENTS MÉDICAUX IMPORTANTS

DATE	DIAGNOSTIC	TRAITEMENT	MÉDECIN / SERVICE

PASSEPORT SANTÉ

ÉLÉMENTS MÉDICAUX IMPORTANTS

DATE	DIAGNOSTIC	TRAITEMENT	MÉDECIN / SERVICE

ÉLÉMENTS MÉDICAUX IMPORTANTS

DATE	DIAGNOSTIC	TRAITEMENT	MÉDECIN / SERVICE

PASSEPORT SANTÉ

ÉLÉMENTS MÉDICAUX IMPORTANTS

DATE	DIAGNOSTIC	TRAITEMENT	MÉDECIN / SERVICE

ÉLÉMENTS MÉDICAUX IMPORTANTS

DATE	DIAGNOSTIC	TRAITEMENT	MÉDECIN / SERVICE

PASSEPORT SANTÉ

ÉLÉMENTS MÉDICAUX IMPORTANTS

DATE	DIAGNOSTIC	TRAITEMENT	MÉDECIN / SERVICE

MES INTERVENANTS EN SANTÉ

FICHE INFIRMIER

DATE	NOM DU PROFESSIONNEL	OBSERVATIONS - COMMENTAIRES

FICHE SUIVI SANTÉ MENTALE

Élements de souffrance : oui ☐ non ☐

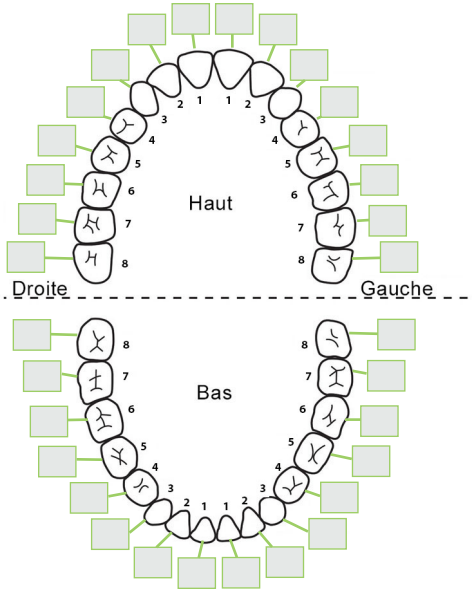
Orientations :

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

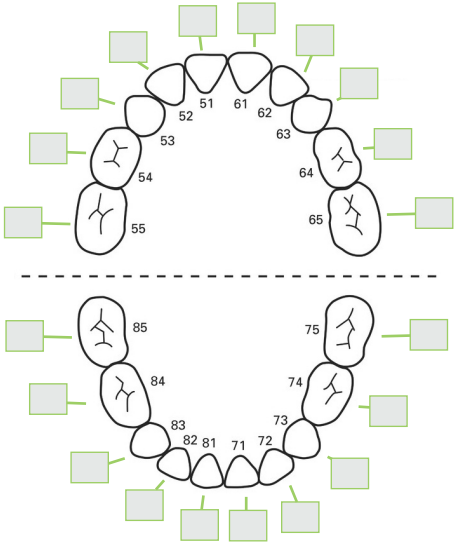
Niveau d'hygiène buccale :

☐ 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

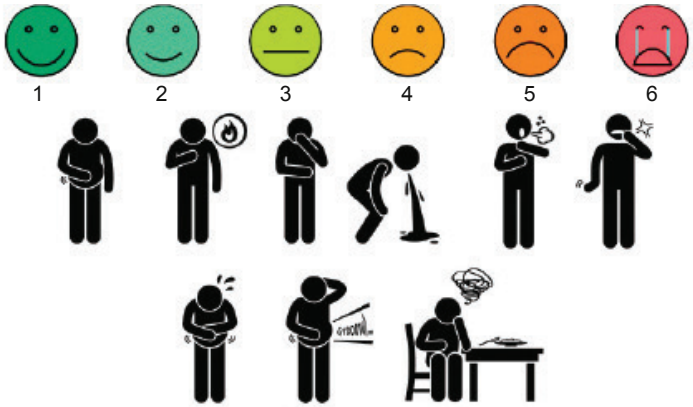
FICHE SUIVI SOCIAL

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

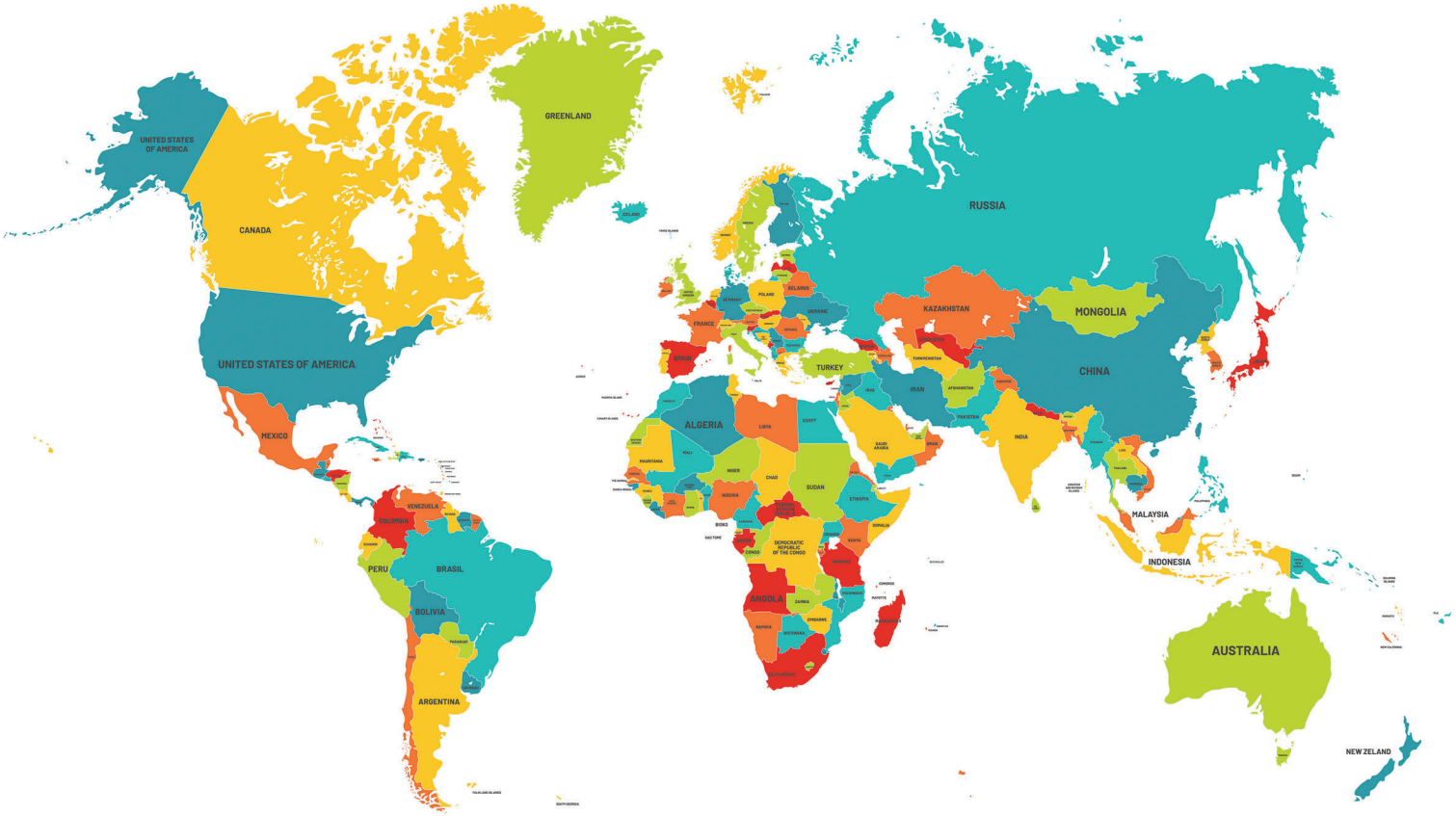
PASSEPORT SANTÉ

COMMENTAIRES LIBRES – NOTES PERSONNELLES

COMMENTAIRES LIBRES – NOTES PERSONNELLES

COMMENTAIRES LIBRES – NOTES PERSONNELLES

PASSEPORT SANTÉ



CARNET DE VACCINATION

Nom :
Prénom :

ROR		☐ À jour
Nom et numéro de lot		
1ère injection		
2ème injection		

MÉNINGITE	☐ À jour
Nom et numéro de lot	Date et signature

COVID-19		☐ À jour
Nom et numéro de lot		Date et signature
1ère injection		
2ème injection		
RAPPELS		

DTP (+ coqueluche 1ère injection)		☐ À jour
Nom et numéro de lot		Date et signature
1ère injection		
2ème injection		
3ème injection		
RAPPELS		

Hépatite B		☐ À jour
Nom et numéro de lot		Date et signature
1ère injection		
2ème injection		
3ème injection		
RAPPELS		

AUTRES	

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

PASSEPORT SANTÉ

HEALTH PASSPORT

ARS Grand Est - Décembre 2020 - Illustrations : Freepik

RÉPUBLIQUE FRANÇAISE
Liberté
Égalité
Fraternité

Agence Régionale de Santé Grand Est