



MINISTÈRE
DES SOLIDARITÉS
ET DE LA SANTÉ

*Liberté
Égalité
Fraternité*

PASSEPORT SANTÉ

МЕДИЧНИЙ ПАСПОРТ

FRANÇAIS/UKRAINIEN
ФРАНЦУЗЬКА/УКРАЇНСЬКА

CONFIDENTIEL
КОНФІДЕНЦІЙНО



«Ця медична книжка дозволяє медичному персоналу ознайомитись з усією необхідною інформацією, що стосується вашого здоров'я. Цей документ встановлює зв'язок між вами і лікарем.

Дуже важливо пред'являти її на кожній медичній консультації.

Медична книжка є конфіденціальним медичним документом, який є вашою власністю і який становить лікарську таємницю. Ніхто окрім медичного персоналу не має права вимагати її розголошення.»

Ce carnet de santé permet aux professionnels de santé de disposer de toutes les informations nécessaires concernant votre santé. C'est un document de liaison entre vous et le médecin.

Il est important de le présenter à chaque consultation médicale.

Le carnet de santé est un document médical confidentiel qui vous appartient et qui est couvert par le secret médical. En dehors des professionnels de santé, nul ne peut en exiger sa communication.

SOMMAIRE ЗМІСТ

Fiche personnelle / Особиста картка	р./ст. 4
Mon médecin traitant / Закріплений лікар	р./ст. 5
Situation administrative / Адміністративний стан	р./ст. 6
Fiche sociale / Соціальна картка	р./ст. 7
Parcours personnel : structures/lieux d'accueil / Особиста історія: структури / місця прийому	р./ст. 8
Fiche médicale / Медична картка	р./ст. 10
Bilan de santé initial / Початковий медичний огляд	р./ст. 12
Éléments médicaux importants / Важливі медичні дані	р./ст. 14
Mes intervenants en santé / Особи, які здійснювали моє лікування	р./ст. 22
Fiche infirmier / Санітарна картка	р./ст. 22
Fiche suivi santé mentale / Картка контролю ментального здоров'я	р./ст. 23
Fiche chirurgien-dentiste (adultes/enfants) / Картка хірурга-стоматолога (для дітей або дорослих)	р./ст. 24
Fiche suivi social / Медична соціальна картка	р./ст. 28
Fiche gynécologue et sage-femme / Гінекологічна та акушерська картка	р./ст. 29
Échelle de la douleur / Шкала болю	р./ст. 30
Mon répertoire santé / Мій список установ із охорони здоров'я	р./ст. 31
Commentaires libres / Коментарі (у вільній формі)	р./ст. 32
Carte du monde / Карта світу	р./ст. 36
Carnet de vaccination / Книжка вакцинації	р./ст. 38

FICHE PERSONNELLE
ОСОБИСТА КАРТКА



NOM
ПРИЗВИЩЕ:

Prénom
Ім'я:



Date de naissance
Дата народження:



Lieu de naissance
Місце народження:

Nationalité
Громадянство:



Téléphone
Номер телефону:



Email
Адреса ел. пошти:



Langues parlées
Мови, якими ви розмовляєте:

Français / Французька Anglais / Англійська

Autres langues / Інші мови :

.....

.....



Adresse / Domiciliation
Адреса / юридична адреса:

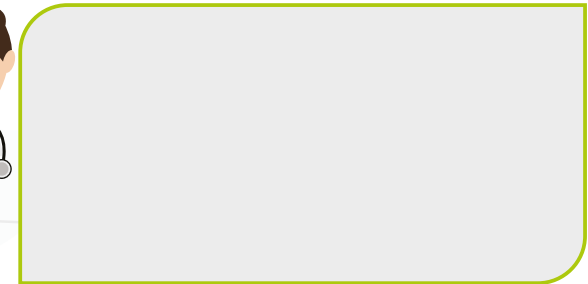
.....

.....

.....

MON MÉDECIN TRAITANT
ЗАКРІПЛЕНИЙ ЛІКАР

TAMPON DU MÉDECIN / ШТАМП ЛІКАРЯ



MA PERSONNE DE CONFIANCE
МОЯ ДОВІРЕНА ОСОБА



NOM
ПРИЗВИЩЕ:

Prénom
Ім'я:

Autres personnes de contact
Інші контактні особи:

.....

.....



Téléphone
Номер телефону:

**SITUATION ADMINISTRATIVE
АДМІНІСТРАТИВНИЙ СТАН**

Situation et composition familiale
Сімейний стан і склад родини:

.....

Situation sur le territoire
Ситуація на території:

- Date d'arrivée en France / Дата прибуття до Франції:
- Date du premier rdv à l'OFII / Дата першого візиту до французького офісу з імміграції та інтеграції (OFII):

.....

Profession
Професія:

.....

**FICHE SOCIALE
СОЦІАЛЬНА КАРТКА**

N° SS :
 Centre de SS (sécurité sociale) /
 Центр SS (соціального страхування):

Ouverture des droits / Отримання прав:

SS de base / На базове соціальне страхування

Jusqu'au / До:

PUMA Jusqu'au / До:

ALD Pathologie / Тип патології:

Jusqu'au / До:

CSS Jusqu'au / До:

AME Jusqu'au / До:

Aucun droit / Жодних прав

En cours – dossier initié le /

Розглядається. Заявку подано:

Ressources financières / Джерела фінансування:

Précisez (ADA etc.) / Які саме (ADA тощо):

Hébergement / Місце проживання:

Sans Domicile Fixe / Без визначеного місця проживання

Institutionnel/Associatif / У спеціальних установах/організаціях

Amical/Familial / У друзів/членів родини

Autre / Інше:

.....



PARCOURS PERSONNEL : STRUCTURES / LIEUX D'ACCUEIL
ОСОБИСТА ІСТОРІЯ: СТРУКТУРИ / МІСЦЯ ПРИЙОМУ



Nom de l'établissement

Назва закладу:

Adresse

Адреса:

.....

.....



Téléphone

Номер телефону:

Référent

Контактна особа:

Période

Період:



Nom de l'établissement

Назва закладу:

Adresse

Адреса:

.....

.....



Téléphone

Номер телефону:

Référent

Контактна особа:

Période

Період:



Nom de l'établissement

Назва закладу:

Adresse

Адреса:

.....

.....



Téléphone

Номер телефону:

Référent

Контактна особа:

Période

Період:



Nom de l'établissement

Назва закладу:

Adresse

Адреса:

.....

.....



Téléphone

Номер телефону:

Référent

Контактна особа:

Période

Період:



FICHE MÉDICALE
МЕДИЧНА КАРТКА

ANTÉCÉDENTS АНАМНЕЗ	DATE ДАТА	TRAITEMENT ЛІКУВАННЯ
Vaccinations (voir page 38 et 39) Вакцинація (див. ст. 38 і 39)		
Allergies Алергії		
Somatiques et psychologiques Соматичні та психологічні хвороби		

ANTÉCÉDENTS АНАМНЕЗ	DATE ДАТА	TRAITEMENT ЛІКУВАННЯ
Chirurgicaux Хірургічні втручання		
Familiaux Спадкові хвороби		

**BILAN DE SANTÉ INITIAL
ПОЧАТКОВИЙ МЕДИЧНИЙ ОГЛЯД**

DATE / RÉALISÉ PAR ДАТА / КИМ ЗДІЙСНЕНО	CONCLUSIONS ВИСНОВКИ
Entretien Infirmier Початкова бесіда	
Examen Médical Медичний огляд	

**BILAN DE SANTÉ INITIAL
ПОЧАТКОВИЙ МЕДИЧНИЙ ОГЛЯД**

	DATE ДАТА	RÉSULTAT РЕЗУЛЬТАТ
Bilan sanguin Аналіз крові: VHC / Гепатит С VHB / Гепатит В Ag HBs HBS-антиген Ac anti HBs / Антитіла до вірусу гепатиту В Ac anti HBc / Антитіла до вірусу гепатиту С VIH / ВІЛ SYPHILIS / СИФІЛІС		
Dépistage Tuberculose Виявлення туберкульозу: Radio pulmonaire Рентгенологічне дослідження легень		



ÉLÉMENTS MÉDICAUX IMPORTANTS
ВАЖЛИВІ МЕДИЧНІ ДАНІ

DATE ДАТА	 DIAGNOSTIC ДІАГНОЗ	 TRAITEMENT ЛІКУВАННЯ	 MÉDECIN/SERVICE ЛІКАР/СЛУЖБА



ÉLÉMENTS MÉDICAUX IMPORTANTS
ВАЖЛИВІ МЕДИЧНІ ДАНІ

DATE ДАТА	 DIAGNOSTIC ДІАГНОЗ	 TRAITEMENT ЛІКУВАННЯ	 MÉDECIN/SERVICE ЛІКАР/СЛУЖБА



ÉLÉMENTS MÉDICAUX IMPORTANTS
ВАЖЛИВІ МЕДИЧНІ ДАНІ

DATE ДАТА	 DIAGNOSTIC ДІАГНОЗ	 TRAITEMENT ЛІКУВАННЯ	 MÉDECIN/SERVICE ЛІКАР/СЛУЖБА



ÉLÉMENTS MÉDICAUX IMPORTANTS
ВАЖЛИВІ МЕДИЧНІ ДАНІ

DATE ДАТА	 DIAGNOSTIC ДІАГНОЗ	 TRAITEMENT ЛІКУВАННЯ	 MÉDECIN/SERVICE ЛІКАР/СЛУЖБА



ÉLÉMENTS MÉDICAUX IMPORTANTS
ВАЖЛИВІ МЕДИЧНІ ДАНІ

DATE ДАТА	 DIAGNOSTIC ДІАГНОЗ	 TRAITEMENT ЛІКУВАННЯ	 MÉDECIN/SERVICE ЛІКАР/СЛУЖБА



ÉLÉMENTS MÉDICAUX IMPORTANTS
ВАЖЛИВІ МЕДИЧНІ ДАНІ

DATE ДАТА	 DIAGNOSTIC ДІАГНОЗ	 TRAITEMENT ЛІКУВАННЯ	 MÉDECIN/SERVICE ЛІКАР/СЛУЖБА



ÉLÉMENTS MÉDICAUX IMPORTANTS
ВАЖЛИВІ МЕДИЧНІ ДАНІ

DATE ДАТА	 DIAGNOSTIC ДІАГНОЗ	 TRAITEMENT ЛІКУВАННЯ	 MÉDECIN/SERVICE ЛІКАР/СЛУЖБА



ÉLÉMENTS MÉDICAUX IMPORTANTS
ВАЖЛИВІ МЕДИЧНІ ДАНІ

DATE ДАТА	 DIAGNOSTIC ДІАГНОЗ	 TRAITEMENT ЛІКУВАННЯ	 MÉDECIN/SERVICE ЛІКАР/СЛУЖБА

MES INTERVENANTS EN SANTÉ
ОСОБИ, ЯКІ ЗДІЙСНЮВАЛИ МОЄ ЛІКУВАННЯ

FICHE INFIRMIER
САНИТАРНА КАРТКА



DATE ДАТА	NOM DU PROFESSIONNEL ІМ'Я ЛІКАРЯ	OBSERVATIONS – COMMENTAIRES ЗАУВАЖЕННЯ – КОМЕНТАРІ

FICHE SUIVI SANTÉ MENTALE
КАРТКА КОНТРОЛЮ МЕНТАЛЬНОГО ЗДОРОВ'Я

Éléments de souffrance / Наявність проблем: oui/так non/ні

Orientations /
Характер проблем:



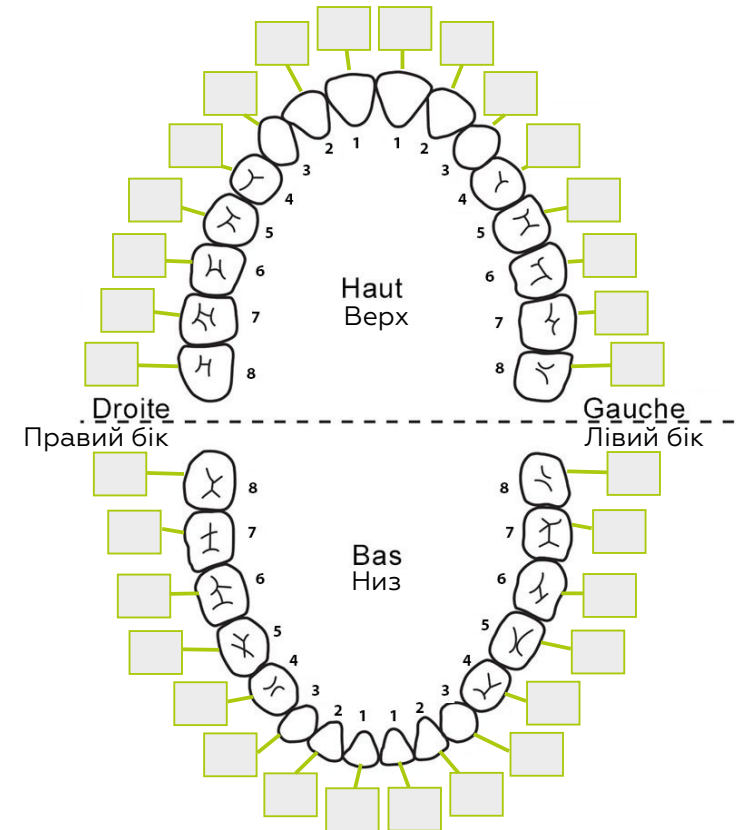
DATE ДАТА	NOM DU PROFESSIONNEL ІМ'Я ЛІКАРЯ	OBSERVATIONS – COMMENTAIRES ЗАУВАЖЕННЯ – КОМЕНТАРІ

FICHE CHIRURGIEN-DENTISTE
КАРТКА ХІРУРГА-СТОМАТОЛОГА



DATE ДАТА	NOM DU PROFESSIONNEL ІМ'Я ЛІКАРЯ	OBSERVATIONS – COMMENTAIRES ЗАУВАЖЕННЯ – КОМЕНТАРІ

ÉTAT BUCCO-DENTAIRE ADULTE
СТАН ЗУБІВ І РОТОВОЇ ПОРОЖНИНИ ДОРОСЛОГО



La dent est
Зуб:

C : cariée / має карієс A : absente / відсутній O : obturée/couronnée / запломбований/із коронкою D : dévitalisée / без пульпи

Niveau d'hygiène buccale
Рівень догляду за ротовою порожниною:

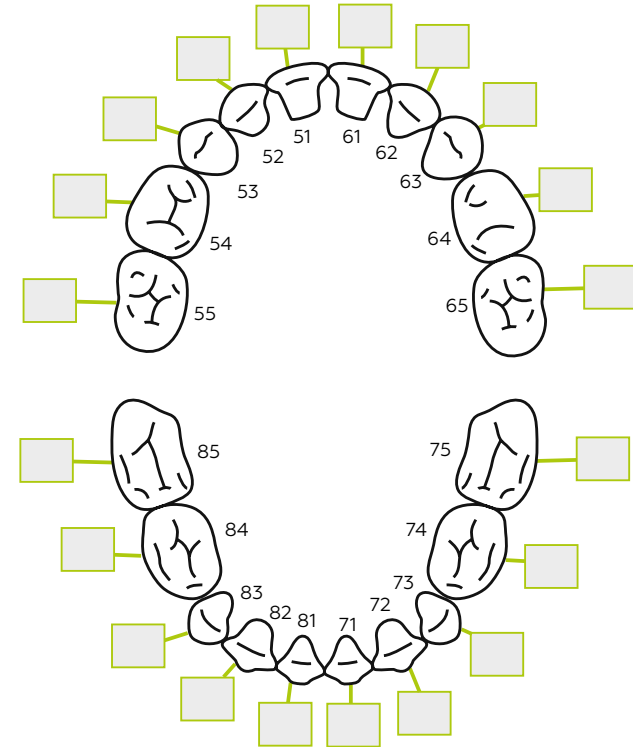
Bon / Хороший Mauvais / Поганий Médiocre / Середній

FICHE CHIRURGIEN-DENTISTE
КАРТКА ХІРУРГА-СТОМАТОЛОГА



DATE ДАТА	NOM DU PROFESSIONNEL ІМ'Я ЛІКАРЯ	OBSERVATIONS – COMMENTAIRES ЗАУВАЖЕННЯ – КОМЕНТАРІ

ÉTAT BUCCO-DENTAIRE ENFANT
СТАН ЗУБІВ І РОТОВОЇ ПОРОЖНИНИ ДИТИНИ



La dent est
Зуб:

C : cariée / має карієс A : absente / відсутній O : obturée/couronnée / запломбований/із коронкою D : dévitalisée / без пульпи

Niveau d'hygiène buccale
Рівень догляду за ротовою порожниною:

Bon / Хороший Mauvais / Поганий Médiocre / Середній

**FICHE SUIVI SOCIAL
МЕДИЧНА СОЦІАЛЬНА КАРТКА**



DATE ДАТА	NOM DU PROFESSIONNEL ІМ'Я ЛІКАРЯ	OBSERVATIONS – COMMENTAIRES ЗАУВАЖЕННЯ – КОМЕНТАРІ

**FICHE GYNÉCOLOGUE / SAGE-FEMME
ГІНЕКОЛОГІЧНА / АКУШЕРСЬКА КАРТКА**



DATE ДАТА	NOM DU PROFESSIONNEL ІМ'Я ЛІКАРЯ	OBSERVATIONS – COMMENTAIRES ЗАУВАЖЕННЯ – КОМЕНТАРІ

ÉCHELLE DE LA DOULEUR
ШКАЛА БОЛЮ



1



2



3



4






5



6

MON RÉPERTOIRE SANTÉ
МІЙ СПИСОК УСТАНОВ ІЗ ОХОРОНИ ЗДОРОВ'Я

	SAMU ШВИДКА ДОПОМОГА	15
	POMPIERS ПОЖЕЖНА ОХОРОНА	18
	POLICE ПОЛІЦІЯ	17
	HÉBERGEMENT D'URGENCE ТИМЧАСОВИЙ ПРИТУЛОК	115
	FEMMES VICTIMES DE VIOLENCES ДОПОМОГА ЖЕРТВАМ ДОМАШНЬОГО НАСИЛЛЯ	39-19
	NUMÉRO PRÉVENTION DU SUICIDE ТЕЛЕФОН ДОВІРИ ДЛЯ ПОПЕРЕДЖЕННЯ САМОГУБСТВА	31-14

COMMENTAIRES LIBRES – NOTES PERSONNELLES
КОМЕНТАРІ (У ВІЛЬНІЙ ФОРМІ) – ОСОБИСТІ НОТАТКИ

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

COMMENTAIRES LIBRES – NOTES PERSONNELLES
КОМЕНТАРІ (У ВІЛЬНІЙ ФОРМІ) – ОСОБИСТІ НОТАТКИ

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

COMMENTAIRES LIBRES – NOTES PERSONNELLES
КОМЕНТАРІ (У ВІЛЬНІЙ ФОРМІ) – ОСОБИСТІ НОТАТКИ

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

COMMENTAIRES LIBRES – NOTES PERSONNELLES
КОМЕНТАРІ (У ВІЛЬНІЙ ФОРМІ) – ОСОБИСТІ НОТАТКИ

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

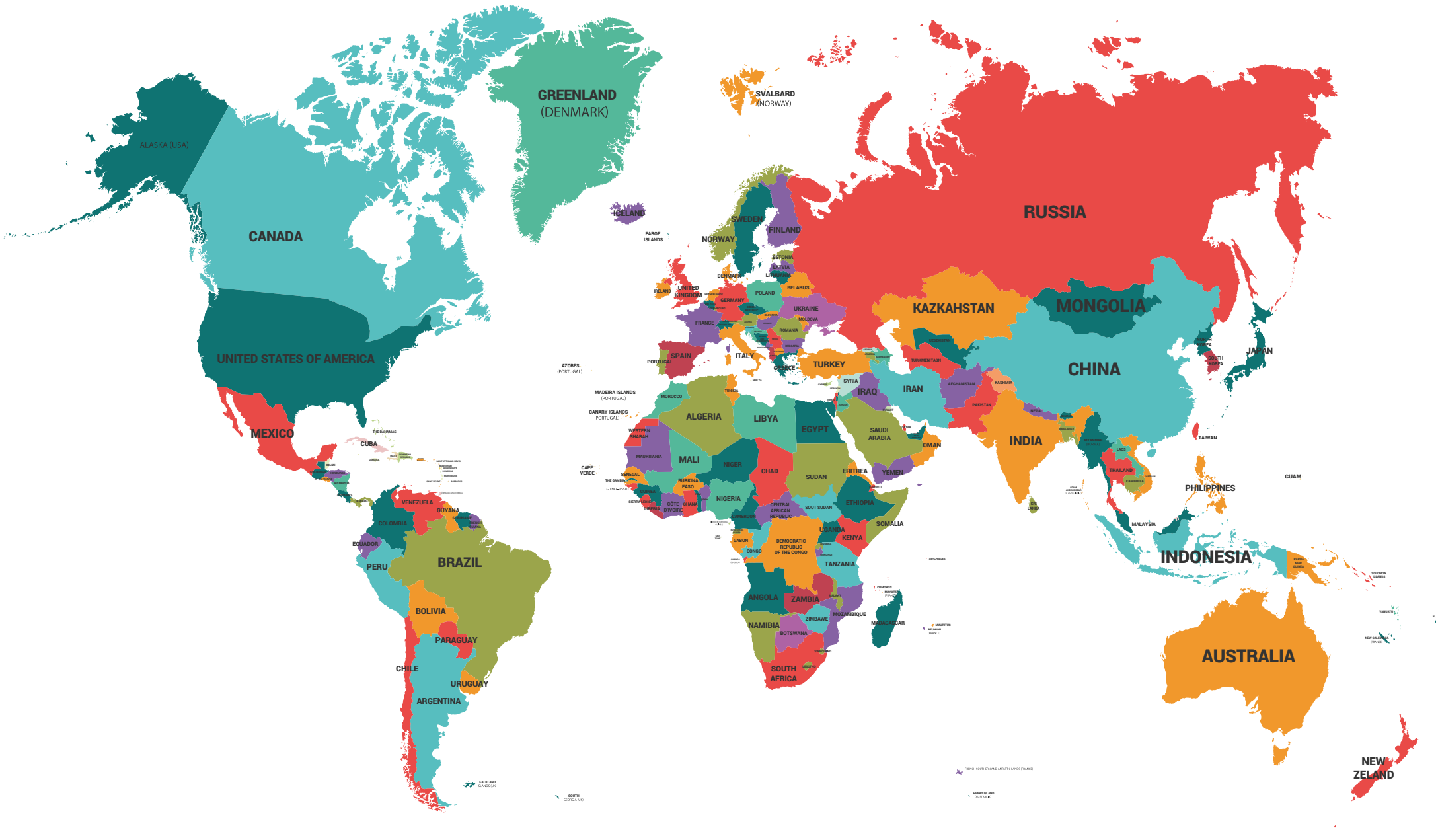
.....

.....

.....

.....

.....



CARNET DE VACCINATION
КНИЖКА ВАКЦИНАЦІЇ

Nom / Прізвище:

Prénom / Ім'я:

DTP (+/- coqueluche/коклюш +/- Hib +/- Hep B)				À jour Актуальна
	Date Дата	Vaccin Вакцина	Lot Партія	Signature Підпис
1 ^{er} inj Перша доза				
2 ^e inj Друга доза				
3 ^e inj Третя доза				
Rappels Повторні дози				

ROR (від кору, паротиту та краснухи)				À jour Актуальна
	Date Дата	Vaccin Вакцина	Lot Партія	Signature Підпис
1 ^{er} inj Перша доза				
2 ^e inj Друга доза				

COVID				À jour Актуальна
	Date Дата	Vaccin Вакцина	Lot Партія	Signature Підпис
1 ^{er} inj Перша доза				
2 ^e inj Друга доза				
Rappels Повторні дози				

Pour le rattrapage vaccinal en fonction de l'âge, se référer aux recommandations HAS /
Щоб перевірити, яких щеплень не вистачає (залежно від віку), див. рекомендації Вищого
органу охорони здоров'я (HAS): www.has-sante.fr/upload/docs/application/pdf/2020-01/fiche_synthese_rattrapage_vaccinal_migrants_primo_arrivants.pdf

CARNET DE VACCINATION
КНИЖКА ВАКЦИНАЦІЇ

Nom / Прізвище:

Prénom / Ім'я:

AUTRES VACCINS

(BCG, méningocoques, hépatite B, pneumocoque, HPV, grippe, varicelle)

ІНШІ ВАКЦИНИ

(БЦЖ, менінгококова інфекція, гепатит В, пневмококова інфекція,
ВПЛ, грип, вітряна віспа)

PASSEPORT SANTÉ

МЕДИЧНИЙ ПАСПОРТ

Plus d'information en santé : livret bilingue français ukrainien
Більше інформації щодо здоров'я: двомовний французько-
український медичний посібник
<https://www.santepubliquefrance.fr/docs/livret-de-sante-bilingue-francais-ukrainien>



NS04-352-22B