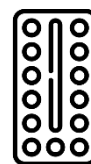
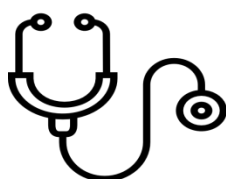




croix-rouge française

PARTOUT OÙ VOUS AVEZ BESOIN DE NOUS



CARNET DE SANTÉ POUR PERSONNE MIGRANTE

Health booklet for migrants

Медична книжка для мігрантів

Ce carnet de santé est un document de suivi médical, il ne constitue pas un document qui ouvre des droits et ne fait pas l'objet d'un fichier informatique.

Il vous est strictement personnel. Les consultations médicales ainsi que son remplissage doivent respecter votre consentement et la confidentialité des échanges.

This health booklet is a medical document. This document does not provide you with any rights and has no digital trace. It is strictly personal. Medical consultations as well as the information provided in this booklet must remain confidential

Ця медична книжка є медичним документом. Цей документ не надає вам жодних прав і не має цифрового сліду.

Ці дані конфіденційні. Медичні консультації, а також інформація, наведена в цій книжці, повинні залишатися конфіденційними

健康信息



IDENTITE /IDENTITY/ОСОБИСТІ ДАНІ

 **Nom/Last name /Прізвище:**

Prénom/First name /Ім'я:

 **Date de naissance/Date of birth/Дата народження:**


 **Nationalité/Nationality/Національність.**


 **Langues parlées/Languages spoken/Мови спілкування:**

 **Nombre d'enfants/ Number of children/Кількість дітей**

♀ Fille(s)/Girl(s)/Дочка(и) ♂ Garçon(s)/Boy(s)/Син(и).

 **Téléphone/Phone/Телефон**

 **Courriel/Email/Ел. пошта**

 **Domiciliation/Place of residence/Місце проживання.**

DONNEES MEDICALES/ MEDICAL INFORMATION/МЕДИЧНА ІНФОРМАЦІЯ

PUMA/ *Universal Health Protection*/Універсальна медична страховка: oui/ yes / так non/ no / ні

Valable jusqu'au/ *valid until* / Діє до.....

AME/*State Medical Assistance* / Державна медична допомога: oui/ yes / так non/ no / ні

Valable jusqu'au/ *valid until* / Діє до.....

CSS/*Complementary health care*/ Додаткова медична допомога: oui/ yes / так non/ no / ні

Valable jusqu'au/ *valid until* / Діє до.....



Médecin traitant/ *Treating physician* / Лікуючий лікар.....

ANTÉCÉDENTS PERSONNELS ET FAMILIAUX/PERSONAL AND FAMILY HISTORY/ОСОБИСТИЙ ТА СІМЕЙНИЙ АНАМНЕЗ

Date/Date /Дата	Commentaires (maladie chronique, hospitalisation, intervention chirurgicale, lieu...) Comments (chronic illness, hospitalizations, operations, location, etc.) Коментарі (хронічні захворювання, госпіталізації, операції, місце та ін.)	Signature et tampon Signature and stamp Підпис і печатка

Allergie /Allergies /Алергії:

.....

DÉPISTAGE/TEST/ТЕСТУВАННЯ

Par souci de confidentialité, les résultats des tests ne doivent pas être inscrits sur le carnet.

For confidentiality purposes, do not write down test results in the booklet.

З метою збереження конфіденційності результати тестування не заносяться в книжку..

Maladie Disease Хвороба	Type de test Type of test Тип тестування	Date et lieu du dépistage Date and location of test Дата та місце проведення тестування	Date et lieu du dépistage Date and location of test Дата та місце проведення тестування	Date et lieu du dépistage Date and location of test Дата та місце проведення тестування
VIH HIV ВІЛ				
Hépatite B Hepatitis B Гепатит В				
Hépatite C Hepatitis C Гепатит С				
Autres IST Other sexually transmitted diseases Інші ІПСШ				
Schistosomes Bilharzia Шистосомоз				

Maladie Disease Хвороба	Type de test Type of test Тип тестування	Date et lieu du dépistage Date and location of test Дата та місце проведення тестування	Date et lieu du dépistage Date and location of test Дата та місце проведення тестування	Date et lieu du dépistage Date and location of test Дата та місце проведення тестування
Autres dépistages (ex frottis, drépanocytose...) Other tests (ex. smear tests, sickle cell, etc.) Інші тестування (наприклад, мазок, серповидно-клітинна хвороба тощо)				
Diabète Diabetes Діабет				

● **Tuberculose/ Tuberculosis/ Туберкульоз**

Test réalisé le / *Test performed on/ Тестування проведене.....*

Oui/ Yes / Так

Non/ No / Ні



ANTÉCÉDENTS VACCINAUX ET VACCINS ACTUELS / IMMUNIZATION HISTORY / ІСТОРІЯ ЩЕПЛЕНЬ

Les vaccins ayant été faits précédemment peuvent également être inscrits dans le tableau.

Previously administered vaccinations may also be included in this table.

Попередні щеплення також можна внести в таблицю.

Date Date Дата	Vaccin Vaccine Вакцина	Lot Batch Партія	Nom et signature du vaccinateur Name and signature of the vaccinator Прізвище та підпис вакцинатора

Date Date Дата	Vaccin Vaccine Вакцина	Lot Batch Партія	Nom et signature du vaccinateur Name and signature of the vaccinator Прізвище та підпис вакцинатора

ECHELLE EMOTIONNELLE ET DE LA DOULEUR
EMOTIONAL AND PAIN SCALE
ШКАЛА ЕМОЦІЙ І БОЛЮ

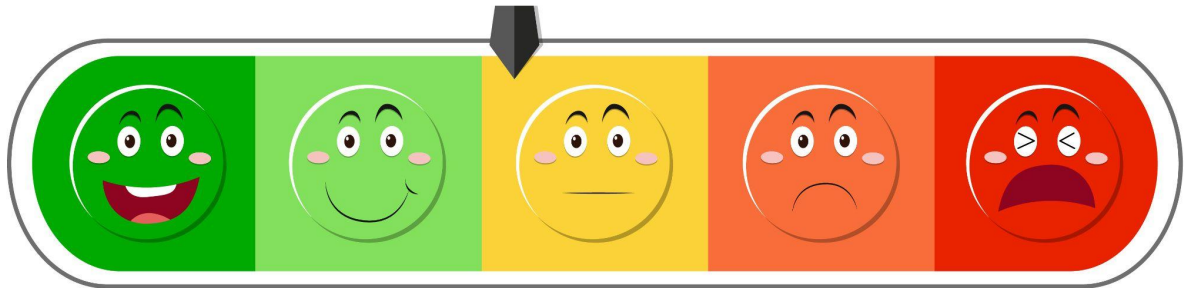
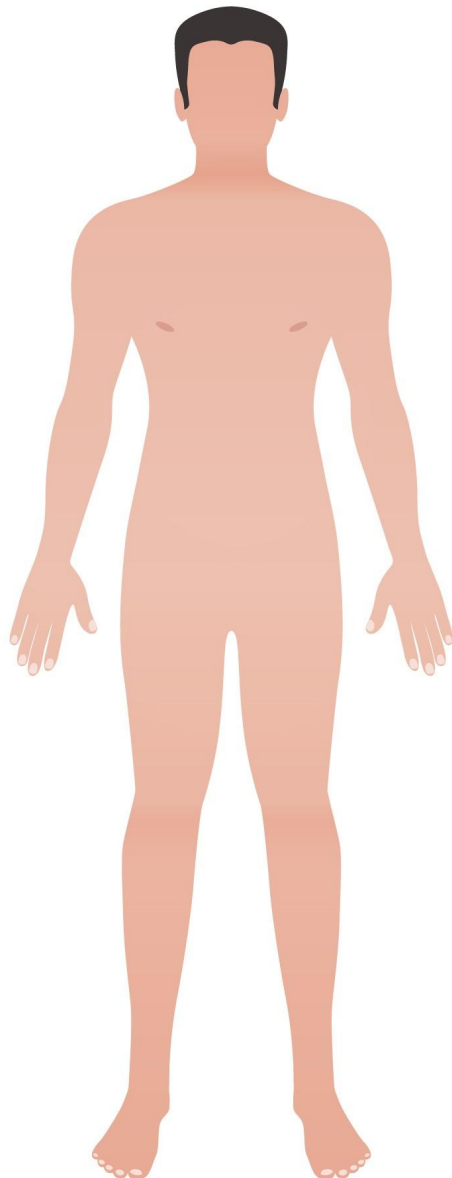
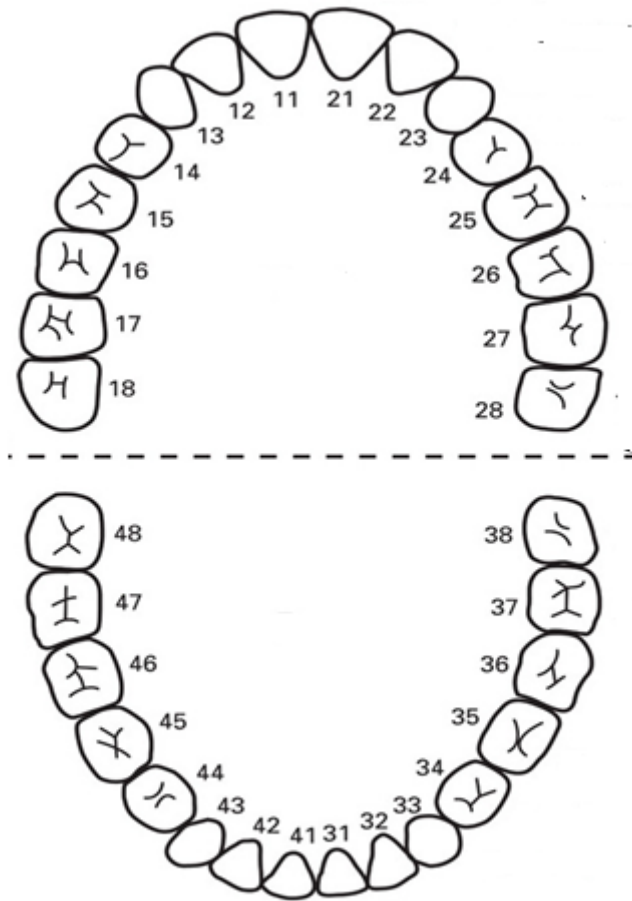


SCHÉMA DU CORPS HUMAIN
HUMAN BODY DIAGRAM
СХЕМА ТІЛА ЛЮДИНИ



- SCHÉMA DENTITION
DENTAL DIAGRAM
СТОМАТОЛОГІЧНА СХЕМА



POSOLOGIE/ DOSAGE/ ДОЗУВАННЯ





CONSULTATIONS / CONSULTATIONS / КОНСУЛЬТАЦІЇ

Date Date Дата	Constante s Vitals Показник и	Symptômes, examens, traitements <i>Symptoms, tests, treatments</i> Симптоми, обстеження, лікування	Signature et tampon Signature and stamp Підпис і печатка



CONSULTATIONS/CONSULTATIONS/КОНСУЛЬТАЦІЇ

Date Date Дата	Constante s Vitals Показник и	Symptômes, examens, traitements <i>Symptoms, tests, treatments</i> Симптоми, обстеження, лікування	Signature et tampon Signature and stamp Підпис і печатка



CONSULTATIONS / CONSULTATIONS / КОНСУЛЬТАЦІЇ

Date Date Дата	Constante s Vitals Показник и	Symptômes, examens, traitements <i>Symptoms, tests, treatments</i> Симптоми, обстеження, лікування	Signature et tampon Signature and stamp Підпис і печатка



TRAITEMENTS BUCCO-DENTAIRES/ *DENTAL TREATMENT* / СТОМАТОЛОГІЧНЕ ЛІКУВАННЯ

Date Date Дата	Symptômes, examens, traitements <i>Symptoms, tests, treatments</i> Симптоми, обстеження, лікування	Signature et tampon Signature and stamp Підпис і печатка

 **TRAITEMENTS BUCCO-DENTAIRES/ *DENTAL TREATMENT* / СТОМАТОЛОГІЧНЕ ЛІКУВАННЯ**

Date Date Дата	Symptômes, examens, traitements <i>Symptoms, tests, treatments</i> Симптоми, обстеження, лікування	Signature et tampon Signature and stamp Підпис і печатка

 **GYNECOLOGIE/ GYNECOLOGY / ГІНЕКОЛОГІЯ**

 Nombre de grossesses/ Number of pregnancies / Кількість вагітностей

 Nombre d'enfants/ Number of children / Кількість дітей

Date d'accouchement Delivery date Дата пологів	Modalité d'accouchement Delivery method Вид пологів	Poids de naissance Birth weight Вага при народженні	Lieu de naissance Place of birth Місце народження



Contraception/ *Contraception*/ Контрацепція

- Oui/ Yes/ Так Type de contraception/ Type of contraception/ Тип контрацепції
- Non/ No/ Ні

SUIVI GYNECOLOGIQUE/ *Gynecological consultations* / Консультації гінеколога

Date Date Дата	Commentaires (symptômes, examen, traitement) préciser si grossesse en cours <i>Comments (symptoms, exams, treatment), indicate if you are currently pregnant</i> Коментарі (симптоми, обстеження, лікування), вкажіть, чи ви зараз вагітні	Signature et tampon <i>Signature and stamp</i> Підпис і печатка

♀ SUIVI GYNECOLOGIQUQUE / *Gynecological consultations/ Консультації гінеколога*

Date Date Дата	Commentaires (symptômes, examen, traitement) préciser si grossesse en cours Comments (symptoms, exams, treatment), indicate if you are currently pregnant Коментарі (симптоми, обстеження, лікування), вкажіть, чи ви зараз вагітні	Signature et tampon Signature and stamp Підпис і печатка



NOTES PERSONNELLES/ PERSONAL NOTES / ОСОБИСТІ ПРИМІТКИ

A series of 25 horizontal dotted lines spaced evenly down the page, providing a template for writing personal notes.

- **ALERTER LES SECOURS
EMERGENCY ALERTS
АВАРІЙНІ СИТУАЦІЇ**

Numéro d'urgence européen
European Emergency Number
Європейський номер екстреної допомоги

112



Numéro pour les femmes victimes de violences :
Hotline for female victims of violence
Гаряча лінія для жінок, які постраждали від насильства:

3919

**QUE DOIS-JE DIRE AU TELEPHONE ?
WHAT SHOULD I SAY ON THE TELEPHONE ?
ЩО МЕНІ ПОВІДОМИТИ ЗА ЦИМ НОМЕРОМ?**

1. **Mon identité / My identity/ Прізвище та ім'я**
2. **Mon numéro de téléphone/ My telephone number /Мій номер телефону**
3. **Expliquer ce qu'il s'est passé/ Explain what happened/Пояснити, що сталося**
4. **Où je suis/ My location/ Де я знаходжусь**

Si vous trouvez ce carnet égaré, merci de l'envoyer à l'adresse
suivante :

If you find this booklet, please send it to the following address :

Якщо ви знайшли цю книжку, відправте її, будь ласка, за
вказаною адресою::

Campus Croix-Rouge française
Coordination Migrations
21 rue de la Vanne - 92126 Montrouge

Avec le soutien institutionnel de Gilead :

croix-rouge française

