

**ТАБЛИЦЮ СІРОГО КОЛЬОРУ МАЄ ЗАПОВНИТИ ЛІКАР ПІД ЧАС КОНСУЛЬТАЦІЇ**

Бланк документа, який надається пацієнту, перекладений українською мовою, який він повинен заповнити та надіслати лікарю самостійно.

Інформація, наведена в цьому документі, є конфіденційною, і доступ до неї мають лише лікар і пацієнт.

=====Секція лікаря START =====

Nom du médecin :

Indication de Vaccinations		Maladie chronique		Besoin de Suivi psychologique	BK	
Covid-19	Autres	Suivi Ambulatoire	Suivi hospitalier		Symptômes évocateurs	Indication de dépistage

=====Секція лікаря END =====

**ПРИЗВИЩЕ** **ІМ'Я**

**ДАТА НАРОДЖЕННЯ** **ВІК** **Стать Ч / Ж**

Кількість членів родини, які перебувають у Франції

РІДНЕ МІСТО в Україні

ТЕЛЕФОН

EMAIL

АДРЕСА У ФРАНЦІЇ (прізвище ім'я + адреса + електронна пошта + телефон  
приймаючої сім'ї)

ДАТА ПРИБУТТЯ ДО ФРАНЦІЇ

Validé par l'ARS Hauts-de-France 29/03/2022

**VACCINATION**

- Будь ласка, під час консультації візьміть свою карту вакцинацій / своїх дітей, якщо вони є у вас
- Будь ласка, вкажіть для кожної вакцини, якщо у вас є інформація:
  - кількість доз і назва вакцини
  - для вакцинації проти Covid-19: кількість доз, дата останньої дози та назва вакцини

ТУБЕРКУЛЕЗ- БЦЖ:

DRТС: Дифтерія,  
Правець, Поліо,  
Коклюш

ПОЛІОМІЄЛІТ :

ГРИП (INFLUENZA)

МЕНІНГІТ С

ПНЕВМОНІЯ



Кір, епідемічний паротит  
(свинка), краснуха

COVID - 19 :

=====Секція лікаря START =====

- VERIFICATION DU CARNET DE SANTE
- CALENDRIER VACCINAL A JOUR POUR L'AGE
- RATTRAPAGE VACCINAL A PREVOIR
- MISE A JOUR VACCINATION COVID-19 A PREVOIR

Validé par l'ARS Hauts-de-France 29/03/2022



