

VACCin S

Date

N° du lot

Fièvre jaune				Primovaccin <input type="checkbox"/>
Typhoïde				Rappel :
Méningo A+C+Y+W135 conj.				Rappel :
	1° inj	2° inj	3° inj :	
Hépatite A				
Hépatite B				
Encéphalite japonaise				
	1° inj	2° inj	3° inj	Rappel :
DTP Coq				
Rage				
Encéphalite à tiques				
Autre =				

Paludisme

Chimioprophylaxie : Malarone Doxypalu Lariam Aucune

Traitements de réserve : Aucun Eurartesim Autre

Protection anti-vectorielle :

Répulsif cutané Moustiquaire Climatisation Aucune

Conseil altitude : oui non

Dates				
Signatures du médecin/IDE				



Fiche médicale de consultation Centre de vaccinations internationales : Consultation Voyageurs 64

A remplir par le VOYAGEUR :

Date : Médecin traitant :

Nom : Poids :

Prénom : Sexe :

Date de naissance : Profession :

Adresse :

CP : Ville :

Tel :



Votre voyage :

Pays de destination :

- 1..... Tour du monde
2..... Personnel navigant
3.....

Date de départ : Durée du séjour :

Motif du voyage : Voyage organisé Séjour pays d'origine
 Tourisme individuel Professionnel
 Mission Humanitaire Pélerinage
 Autre :

Mode de vie sur place :

- Alimentation : occidentale locale les deux
- Séjour : Ville Zone rurale les deux
- Chambre Climatisée : oui non ne sait pas
- Envisagez-vous un sport particulier ? : Plongée Trekking
 Alpinisme Autre :

Antécédent de séjour en : Afrique Afrique du nord Océan indien
 Amérique du sud Asie Europe de l'est
Année : Durée :

Votre état de santé :

Avez vous de la FIEVRE en ce moment ? : oui non

Pour les femmes, êtes vous ENCEINTE ? : oui non

Antécédent Médicaux Personnels = important (préciser....)

Hépatite virale (préciser : A/B/C/E ?) : oui non ne sait pas
Maladie du Thymus/Thymectomie/Myasthénie : oui non ne sait pas
Déficit immunitaire : Séro VIH+ et/ou Transplanté : .. oui non ne sait pas
Cancer : oui non ne sait pas
Diabète : oui non ne sait pas
Maladie rénale : oui non ne sait pas
Maladie(s) du coeur / Artérite / Hypertension Artérielle : oui non ne sait pas
Phlébite / Embolie Pulmonaire : oui non ne sait pas
Sclérose en plaque / Maladies Neuro (ex : Epilepsie) : oui non ne sait pas
Anxiété / Insomnie rebelle / Dépression / Pb psy : oui non ne sait pas
Rhumatismes inflammatoires (hors arthrose) : oui non ne sait pas
Autres, préciser :

ImmunoSupresseur(s) antécédent(s) en cours oui non ne sait pas

Corticoïdes, Méthotrexate, Anti-TNF α (Rémicade, Enbrel, Humira, ...), Chimiothérapie

Si oui, précisez :

Traitements Médical en cours Précisez tous les médicaments (contraceptifs compris) :

Antécédents Familiaux notables : Si oui Précisez

Avez-vous un antécédent d'Allergie ?

A l'oeuf : oui non ne sait pas

Asthme : oui non ne sait pas

Urticaire / OEdème de Quincke / Choc allergique : oui non ne sait pas

Allergie médicaments / Aliment(s) : oui non ne sait pas

Si oui, précisez à quoi :

Les réponses à ce questionnaire sont utiles et importantes pour vous vacciner et pour mettre au point une prévention adaptée. Elles sont destinées exclusivement aux médecins référents. Certaines informations codées peuvent faire l'objet d'une exploitation statistique anonyme. Conformément aux articles 34 et 40 de la loi du 8/01/78, vous disposez d'un droit d'accès qui s'exerce auprès du médecin chef de service.

Acceptez-vous la consultation par l'infirmière dans le cadre du protocole de coopération ? oui non

Accord et signature du patient :

A remplir par le professionnel de santé lors de la consultation

Vaccins à jour ou immunisations contre :

- | | | | | |
|--|--|------------------------------|------------------------------|--------------------------------------|
| <input type="checkbox"/> Tétanos | Date : | <input type="checkbox"/> oui | <input type="checkbox"/> non | <input type="checkbox"/> ne sait pas |
| <input type="checkbox"/> Polio | Date : | <input type="checkbox"/> oui | <input type="checkbox"/> non | <input type="checkbox"/> ne sait pas |
| <input type="checkbox"/> Diphtérie | Date : | <input type="checkbox"/> oui | <input type="checkbox"/> non | <input type="checkbox"/> ne sait pas |
| <input type="checkbox"/> Hépatite B | inj <input type="checkbox"/> 1 <input type="checkbox"/> 2 <input type="checkbox"/> 3 | <input type="checkbox"/> oui | <input type="checkbox"/> non | <input type="checkbox"/> ne sait pas |
| <input type="checkbox"/> Fièvre jaune | Date : | <input type="checkbox"/> oui | <input type="checkbox"/> non | <input type="checkbox"/> ne sait pas |
| <input type="checkbox"/> Hépatite A | inj <input type="checkbox"/> 1 <input type="checkbox"/> 2 <input type="checkbox"/> Naturel | <input type="checkbox"/> oui | <input type="checkbox"/> non | <input type="checkbox"/> ne sait pas |
| <input type="checkbox"/> Typhoïde | Date : | <input type="checkbox"/> oui | <input type="checkbox"/> non | <input type="checkbox"/> ne sait pas |
| <input type="checkbox"/> Méningite | A+C+Y+W135 | <input type="checkbox"/> oui | <input type="checkbox"/> non | <input type="checkbox"/> ne sait pas |
| <input type="checkbox"/> Rougeole | inj <input type="checkbox"/> 1 <input type="checkbox"/> 2 <input type="checkbox"/> Naturel | <input type="checkbox"/> oui | <input type="checkbox"/> non | <input type="checkbox"/> ne sait pas |
| <input type="checkbox"/> Grippe | | | | |
| <input type="checkbox"/> COVID dernière dose | le / / | | | |
| <input type="checkbox"/> Pneumo P13 P23 | Date : / / | | | |
| <input type="checkbox"/> Rage | | | | |
| <input type="checkbox"/> Encéphalite japonaise | | | | |
| <input type="checkbox"/> BCG | | | | |
| <input type="checkbox"/> HPV | | | | |
| <input type="checkbox"/> Antécédent Varicelle | | | | |

Note médicale

Doit réfléchir pour : DTP VHA TYPH FJ AC/YW135 RAG EJ Autre :

Refus du patient malgré conseil médical (cochez + signature patient)

- | | | | |
|-------------------------------------|--|--|-----------------------------------|
| <input type="checkbox"/> Hépatite A | <input type="checkbox"/> Fièvre jaune | <input type="checkbox"/> Rage | <input type="checkbox"/> Typhoïde |
| <input type="checkbox"/> Méningo | <input type="checkbox"/> Tétanos Polio | <input type="checkbox"/> Encephalite japonaise | |
| <input type="checkbox"/> Autre | | | |

