



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

A remplir pAr le VOYAGEUR :

Date : Médecin traitant :

Nom : Poids :

Prénom : Sexe :

Datedenaissance:..... 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 ☐ Pèlerinage
☐ 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 :

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

Traitement de réserve : ☐ Aucun ☐ Eurartesim ☐ Autre

Protection anti-vectorielle :

☐ Répulsif cutané ☐ Moustiquaire ☐ Climatisation ☐ Aucune

Conseil altitude : ☐ oui ☐ non

Dates				
Signatures du médecin/IDE				

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-TNFa (Rémicade, Enbrel, Humira, ...), Chimiothérapie

Si oui, précisez :

Traitement 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 :

☐ Tétanos Date : ☐ oui ☐ non ☐ ne sait pas

☐ Polio Date : ☐ oui ☐ non ☐ ne sait pas

☐ Diphtérie Date : ☐ oui ☐ non ☐ ne sait pas

☐ Hépatite B inj ☐ 1 ☐ 2 ☐ 3 ☐ oui ☐ non ☐ ne sait pas

☐ Fièvre jaune Date : ☐ oui ☐ non ☐ ne sait pas

☐ Hépatite A inj ☐ 1 ☐ 2 ☐ Naturel ☐ oui ☐ non ☐ ne sait pas

☐ Typhoïde Date : ☐ oui ☐ non ☐ ne sait pas

☐ Méningite A+C+Y+W135 ☐ oui ☐ non ☐ ne sait pas

☐ Rougeole inj ☐ 1 ☐ 2 ☐ Naturel ☐ oui ☐ non ☐ ne sait pas

☐ Grippe

☐ COVID dernière dose le /..... /.....

☐ Pneumo P13 P23 Date : /..... /.....

☐ Rage

☐ Encéphalite japonaise

☐ BCG

☐ HPV

☐ 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)

☐ Hépatite A ☐ Fièvre jaune ☐ Rage ☐ Typhoïde

☐ Méningo ☐ Tétanos Polio ☐ Encephalite japonaise

☐ Autre