

FORMULAIRE « CONSULTATION DE VOYAGE »

Vaccinations : Veuillez SVP prendre votre (vos) carnet(s) de vaccination

Remarque : la vaccination contre la fièvre jaune doit être effectuée 10 jours avant le départ, certaines vaccinations peuvent prendre un mois pour être complètes.

Général

Avez-vous été vacciné contre le Covid 19 ?

Avez-vous déjà eu une consultation voyage avec votre médecin traitant ?

Madame, êtes-vous enceinte (ou potentiellement) ?

Allaitiez-vous ?

Médicaments

Avez-vous un traitement (médicaments) habituel ? Lequel ?

Avez-vous un trouble de la coagulation ? (ex : hémophilie, anticoagulation, traitement d'Aspirine ou de Plavix) ?

Êtes-vous actuellement en investigation pour une pathologie nouvelle, importante pour le voyage ?

Allergies

Avez-vous une allergie aux antibiotiques ?

Avez-vous eu une réaction allergique à une vaccination ?

Avez-vous une allergie aux œufs, aux protéines de poulet, à la Polymyxine B ?

Avez-vous une baisse du système immunitaire ?

Cancer ?

Chimiothérapie ?

Traitement d'une maladie rhumatismale ou auto-immune ?

Corticoïdes ?

Dysfonction de la rate ?

Quel est le voyage prévu ? Quelle durée ?

Première destination :

Date :

Deuxième destination :

Date :

Conditions et buts du voyage ?

Tourisme

Business

Aide humanitaire

Autre :

Visite d'amis ou de membres de la famille

Avez-vous déjà fait des voyages sous les Tropiques ?

Si oui, où et quand ?

Avez-vous été infecté par la Dengue ?

Avez-vous une assurance rapatriement et/ ou une assurance complémentaire ?

Lieu, Date :

Signature :

Pour les voyageurs à destination de l'Afrique et de l'Amérique du Sud

Il est possible qu'une vaccination contre la fièvre jaune soit indiquée pour vous.

Remarque : la vaccination contre la fièvre jaune doit être effectuée 10 jours avant le départ, certaines vaccinations peuvent prendre un mois pour être complètes.

Général

Avez-vous déjà été vacciné contre la fièvre jaune ?

Si oui, à quelle date

Avez-vous déjà eu une consultation voyage avec votre médecin traitant ?

Êtes-vous enceinte (ou potentiellement)

Allaitiez-vous

Médicaments

Avez-vous un traitement (médicaments) habituel ? Lequel ?

Avez-vous un trouble de la coagulation ? (ex : hémophilie, anticoagulation, traitement d'Aspirine ou de Plavix) ?

Êtes-vous actuellement en traitement (sous antibiotiques), pour une maladie infectieuse (aigüe ou chronique) ?

Allergies

Avez-vous une allergie aux antibiotiques ?

Avez-vous eu une réaction allergique lors du précédent vaccin contre la fièvre jaune ?

Avez-vous une allergie aux oeufs, aux protéines de poulet, à la Polymyxine B ?

Avez-vous un cancer ou avez-vous eu un cancer ?

Si oui, de quel cancer s'agit-il ?

Quelle est la date de la dernière chimiothérapie ?

Avez-vous une baisse du système immunitaire connue ?

Congénitale, familiale ?

Ou suite à un traitement (corticoïdes ou d'autres immunosuppresseurs par la bouche ou par la veine) ?

Avez-vous une infection par le VIH ?

Avez-vous un dysfonctionnement du thymus (myasthénie) ?

Place, Date :

Signature :