



LA LIGNIÈRE

Centre Médical & Thérapeutique

Formulaire « consultation voyage »

Nom : Prénom :

Date de naissance :

Questions générales

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

Non Oui

Avez-vous un traitement (médicaments) habituel ?

Non Oui

Si oui lequel :

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

Non Oui

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

Non Oui

Allergies et système immunitaire

Avez-vous une allergie à un antibiotique ?

Non Oui

Si oui lequel :

Avez-vous eu une réaction allergique à une vaccination ?

Non Oui

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

Non Oui

Avez-vous une baisse du système immunitaire ?

Non Oui, dû à

Cancer

Chimiothérapie

Traitement d'une

maladie rhumatismale

ou auto-immune

Corticoïdes

Votre voyage

Première destination :

Date :

Deuxième destination :

Date :

But du voyage :

Tourisme

Aide humanitaire

Visite d'amis ou de famille

Business

Autre

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

Non Oui

Avez-vous déjà fait des voyages sous les Tropiques ?

Non Oui

Merci d'envoyer ce formulaire rempli par mail à medecineinterne.cmt@la-ligniere.ch.

Pour les vaccinations : Veuillez SVP prendre votre (vos) carnet(s) de vaccination.

Dr N. Leggieri