



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](mailto:medecineinterne.cmt@la-ligniere.ch).

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

Dr N. Leggieri