

# CENTRE DE VACCINATIONS INTERNATIONALES

## Fiche médicale - Consultation voyageurs

Date : ..... Médecin traitant : .....

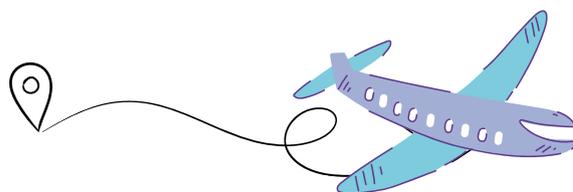
Nom : ..... Prénom : .....

Date de naissance : ..... Poids : ..... Sexe : .....

Adresse : .....

CP : ..... Ville : .....

Profession : .....



### Votre voyage

#### Pays de destination :

- 1- .....  Tour du monde  Personnel navigant  
2- ..... Date de départ : .....  
3- ..... Durée du séjour : .....

**Motif du voyage :**  Voyage organisé  Tourisme individuel  Mission humanitaire  
 Séjour pays d'origine  Professionnel  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  Asie  
Année : ..... Durée : .....  Amérique du Sud  Europe de l'Est

## Votre état de santé



Avez-vous de la FIEVRE en ce moment ?  Oui  Non

Pour les femmes, êtes-vous ENCEINTE ?  Oui  Non

### Antécédents médicaux personnels = important (précisez.....)

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 : épilepsie).....  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, précisez : .....

**Immunosuppresseur(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 / œdème de Quincke / choc allergique .....  Oui  Non  Ne sait pas

Allergie médicaments / aliments.....  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 immunisation 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         |  |                              |                              |                                      |

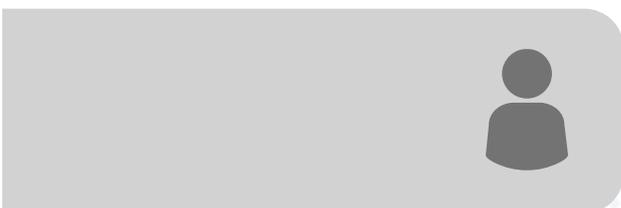


### Note médicale

**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"/> Encéphalite japonaise |                                   |
| <input type="checkbox"/> Autre      |  |  |                                   |



## Vaccins

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

### Paludisme :

Chimioprophylaxie  Malarone  Doxypalu  Lariam  Aucune  
 Traitement de réserve  Aucun  Eurartesim  Autre

### Protection anti-vectorielle :

Répulsif cutané  Moustiquaire  Climatisation  Aucune

Conseils altitude :  oui  non

Dates				
Signatures du médecin/IDE				

Pour tout renseignement : 05 57 52 92 00  
 (secrétariat du Centre de Vaccinations Internationales  
 Prise de RDV en ligne : [www.ch-arcachon.fr](http://www.ch-arcachon.fr)