

CENTRE DE VACCINATIONS INTERNATIONALES

Fiche médicale - Consultation voyageurs

Date : Médecin traitant :

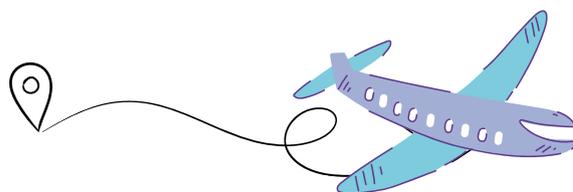
Nom : Prénom :

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 :

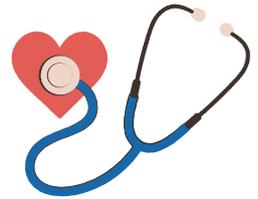
Motif du voyage : Voyage organisé Tourisme individuel Mission humanitaire
 Séjour pays d'origine Professionnel Pèlerinage Autre :

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 | | | | |

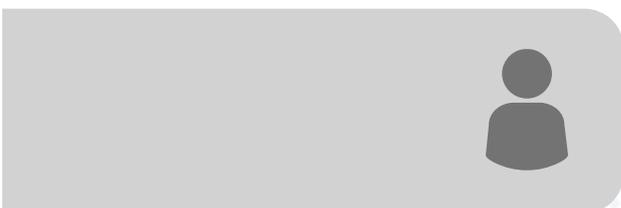


Note médicale

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