

Formulaire de vaccination

À remplir au préalable

Nom:.....		Age:	
Destination(s) de voyage?			
Date de départ:		Durée du séjour:	
Type de voyage	<input type="checkbox"/> professionnel <input type="checkbox"/> aventure	<input type="checkbox"/> visite famille <input type="checkbox"/> habiter	<input type="checkbox"/> tourisme <input type="checkbox"/> travailler, stage
	<input type="checkbox"/> projet humanitaire <input type="checkbox"/>		
Activités spéciales?	<input type="checkbox"/> plonger <input type="checkbox"/> dessiner <input type="checkbox"/> hautes montagnes <input type="checkbox"/> vacances à vélo <input type="checkbox"/> autre:		
Voyagez-vous souvent (aux tropiques)?		

STATUT VACCINAL	Avez-vous reçu les vaccinations de base en tant qu'enfant ? <input type="checkbox"/> oui <input type="checkbox"/> non		
Fièvre jaune	<input type="checkbox"/> jamais	<input type="checkbox"/> donner une fois: date:	<input type="checkbox"/> donner plus d'une fois: Date:
Tétanos, diphtérie Coqueluche	Nom vaccin/date:		
	<input type="checkbox"/> jamais	<input type="checkbox"/> il y a moins de 10 ans	<input type="checkbox"/> il y a plus de 10 ans <input type="checkbox"/> il y a plus de 20 ans
Polio	<input type="checkbox"/> jamais	<input type="checkbox"/> totalement immunisé étant enfant	<input type="checkbox"/> reçu une répétition à partir de 16 ans
Hépatite A	<input type="checkbox"/> jamais	<input type="checkbox"/> donner 1 – 2 – 3 fois Avez-vous déjà connu jaunisse (hépatite A)? <input type="checkbox"/> oui <input type="checkbox"/> non	
Hépatite B	<input type="checkbox"/> jamais	<input type="checkbox"/> donner 1 – 2 – 3 fois	
Typhus	<input type="checkbox"/> jamais	<input type="checkbox"/> ...	
Méningocoques ACWY	nom vaccin/date:		
Rougeole	<input type="checkbox"/> jamais	<input type="checkbox"/> donner une fois	<input type="checkbox"/> donner deux fois <input type="checkbox"/> connu étant enfant
Rabiës	<input type="checkbox"/> jamais	<input type="checkbox"/> donner deux fois	

LA SANTÉ PERSONELLE	
Êtes-vous enceinte ? <input type="checkbox"/> oui <input type="checkbox"/> non Dans un futur proche, envisagez-vous une grossesse? <input type="checkbox"/> oui <input type="checkbox"/> non	Vous-êtes allergique aux certains médicaments/d'œufs/vaccinations ou d'autres? <input type="checkbox"/> oui <input type="checkbox"/> non Dans l'affirmative, lesquels?
Avez-vous eu une dépression? <input type="checkbox"/> oui <input type="checkbox"/> non	
Avez-vous subi une transplantation? <input type="checkbox"/> oui <input type="checkbox"/> non Avez-vous subit une ablation de la rate et/ou du thymus? <input type="checkbox"/> oui <input type="checkbox"/> non	Prenez-vous cortisone <input type="checkbox"/> oui <input type="checkbox"/> non Prenez-vous d'autres médicaments? <input type="checkbox"/> oui <input type="checkbox"/> non Dans l'affirmative, lesquels ?
Avez-vous le VIH/SIDA? <input type="checkbox"/> oui <input type="checkbox"/> non Avez-vous des antécédents de thrombose veineuse profonde (thrombophlébite)? <input type="checkbox"/> oui <input type="checkbox"/> non	
Avez-vous une maladie chronique/grave? Dans l'affirmative, lequel?	

Le patient est informé du coût.