

Formulaire de consultation pré-voyage

Nom, Prénom :	
Destinations :	
Durée :	
Date de départ :	

Présentez-vous ou avez-vous présenté un des problèmes de santé suivants :	Non	Oui, suivant :
Une faiblesse immunitaire connue par exemple infection HIV, cancer, immunodéficience médicamenteuse ?		
Crises d'épilepsie ou maladies psychiques ?		
Des thromboses/embolies ?		
Jaunisse (hépatite) ?		
Autres maladies ? Si oui, lesquelles ?		
Avez-vous des allergies ?		
Allergie aux œufs ou en consommant du poulet ?		
Allergie aux médicaments ?		
Avez-vous déjà présenté des réactions violentes après des vaccinations ?		
Prenez-vous des médicaments ? Si oui, lesquels ?		
Avez-vous actuellement de la fièvre ?		

Pour les femmes : Êtes-vous enceinte ou allaitez-vous ?		
---	--	--

Date :	Signature :
--------	-------------

Formulaire de consultation pré-voyage

Nom, Prénom	
-------------	--

Vaccins								
		Date :	≥ 7 j	≥ 21 j	≥ 28 j	≥ 3 m	≥ 6 m	≥ 1 a
Maladie	Vaccin							
Diphtérie, Tétanos, Coqueluche	Adacel i.m.							
+ Polio	Adacel Polio i.m.							
Diphtérie, Tétanos, Polio	Revaxis i.m.							
Polio *	IPV Mérieux i.m.							
Rougeole, Oreillons, Rubéole	Priorix s.c.							
Varicelle	Varilrix s.c.							
Hépatite A	Havrix 1440 i.m.							
Hépatite A (< 19 ans)	Havrix 720 i.m.							
Hépatite B	Engerix i.m.							
Hépatite A+B	Twinrix i.m.							
Fièvre typhoïde	Vivotif p.o.							
Fièvre typhoïde *	Typhim Vi i.m.							
Rage	Rabipur i.m.							
Fièvre jaune	Stamaril s.c.							
Dengue	Qdenga s.c.							
Chikungunya	Vimkunya i.m.							
Encéphalite japonais	Ixiaro i.m.							
Encéphalite j. < 18 ans *	Ixiaro i.m.							
Encéphalite à tiques	Encepur i.m.							
Méningite ACWY	Menquadfi i.m.							
Méningite B	Bexsero i.m.							
Pneumocoques	Capvaxive i.m.							
Grippe	Vaxigrip T. i.m.							
Grippe	Efluada i.m.							
Covid	Comirnaty i.m.							
Autres								

Anti-moustiques		Paludisme			Pharmacie de voyage	
Produits	Nombre	Prophylaxie	Nombre	Dosage	Médicament	Nombre
NOBITE Spray cutané blanc		Atovaquone plus 12 pce		1 cp./j	Loperamid	
NOBITE Kids		Atovaquone plus 24 pce		1 cp./j	Azythro.500 mg	
NOBITE Textile100 ml		Malarone junior 12 pce		___cp./j	Co-Amoxi 1 g	
NOBITE Textile 200 ml		Mephaquine 8 pce		1 cp./s	Bilastin 20 mg	
		Doxycycline 100 mg 10 pce		1 cp./j	Xylo D. spray n.	
Carnet de vaccination		Médicament d'urgence			Paracetamol 1 g	
International		Malarone 12 pce		___cp./j.	Diamox 250 mg	
		Malarone junior 12 pce		___cp./j.	Kit d' allergie	

Par la présente, je confirme avoir été informé(e) de l'efficacité et des effets indésirables des médicaments et des vaccinations proposés.
Je suis conscient(e) que les frais liés à la consultation de médecine des voyages, aux vaccinations et aux médicaments ne sont en principe pas pris en charge par l'assurance-maladie de base.

* J'ai été informé(e) que ces vaccinations sont administrées hors indication (off-label) et j'ai donné mon consentement écrit à cet effet.

Remarques:	
Prix des prestations lors du premier rendez-vous (sans vaccinations de rappel)	Signature: