

**Fiche de renseignements**

Date : ..../..../....

Bonjour Madame, Monsieur,

Afin d'adapter au mieux les conseils et vaccinations à votre voyage, merci de bien vouloir répondre avec attention à ce questionnaire médical, confidentiel, et de le remettre directement au médecin lors de la présente consultation. Les zones grisées seront complétées par le médecin.

NOM : ..... Prénom : .....

Né(e) le : .....

Sexe : M  F

Profession : ..... Tel : .....

Adresse : .....

.....

***Pour les enfants, poids :*** .....

**Votre séjour :**

. Quels sont votre destination principale (pays/ville) et/ou votre itinéraire ?.....

.....

. Quelle est la date de votre départ ?.....

. Quelle est la durée de votre séjour ?.....

. Quel est le motif de votre séjour ? Tourisme  Travail  Autre .....

. Quelles sont les conditions de votre séjour ? Villages  Villes  Forêt

Hôtel/Location  Famille/Amis  « Routard »

Paludisme Zone :

**Votre santé :**

**Avez-vous eu une réaction grave lors d'une vaccination ou fait l'objet d'une contre-indication à une vaccination ?** Oui  Non

.....

**Avez-vous une allergie aux protéines de l'œuf ou du poulet, ou à certains médicaments, ou d'autres allergies ?** Oui  Non

.....

**Avez-vous fait ou faites-vous l'objet d'un suivi médical particulier ? (hypertension artérielle, diabète, dépression, polyarthrite, épilepsie...)** Oui  Non

Déficit immunitaire :

CD4 :

Rétinopathie :

ALD

**Prenez-vous des médicaments régulièrement ?**

Oui  Non

Corticothérapie :

Immunosuppresseurs :

Anticoagulant :

***Pour les femmes, êtes-vous enceinte ou susceptible de l'être ?***

Oui  Non

Contraception :

**Vaccinations :**

Vaccin	0	Année de dernière injection / Nombre d'injection(s)	PRESCRIPTION	
			Nom vaccin / Dose / Mode	Lot
Diptérie, Tétanos, Polio				
FIEVRE JAUNE				
Hépatite A Hépatite B				
Typhoïde Méningocoque (A+C, ACYW135)				

Je soussigné (e).....reconnais avoir été informé(e) des bénéfices et risques éventuels liés aux vaccins et marque mon accord pour leur réalisation.

**Signature :**

**Traitement antipaludique prescrit :**

Observation :

.....  
.....

**Nom et signature du médecin :**