

(Prise de RDV)

Civilité

Nom _____ Prénom _____

Nom marital _____

Date de naissance __/__/____

Lieu _____ Sexe H F

Profession _____

Adresse _____

☎ __/__/__/__/__

_____@_____

Voyage

Destination (s) :

Durée du voyage :

Motif :

☐ Tourisme

☐ Humanitaire

☐ Tour du monde

☐ Tourisme médical

☐ Pèlerinage

☐ Visite familiale

☐ Professionnel

☐ Adoption internationale

☐ Expatriation

Type / Activités :

☐ Organisé / Hôtel

☐ Baroudeur / sac à dos

☐ Croisière

☐ Extrême (trekking, désert)

☐ Autre _____

Fiche de renseignements vaccination du voyageur

(Questionnaire patient)

Renseignements médicaux

Médecin traitant _____

Coordonnées _____

☎ ____/____/____/____/____

Antécédents médicaux _____

Antécédents chirurgicaux _____

Grossesse oui non Date de début ____/____/____

Allaitement oui non

Allergies oui non précisez _____

Allergies à l'œuf oui non

Sérologie VIH positive oui non Charge virale _____

Taux de CD4 _____

Traitement oui non

Précisez _____

Vaccination dans les 30 derniers jours

oui non

Précisez _____