



A REMPLIR PAR LE PATIENT :

--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--

Numéro Sécurité Sociale

Date :

Nom :

Poids :

Age :

Prénom :

Sexe :

Date de naissance :

Profession :

Adresse :

Téléphone :

VOTRE VOYAGE



- ☐ Voyage organisé ☐ Tourisme individuel ou sac à dos ☐ Professionnel
☐ Séjour pays d'origine ☐ Humanitaire ☐ Expatriation > 6 mois
☐ Pèlerinage

Date de départ :

Durée prévue du séjour :

Destination(s) :

- ➡ Pays 1 ou principal :
➡ Pays 2 :
➡ Pays 3 :

Mode de vie sur place :

- ➡ Alimentation ☐ occidentale ☐ locale ☐ les deux
➡ Séjour : ☐ ville ☐ zone rurale ☐ les deux
➡ Chambre climatisée : ☐ oui ☐ non ☐ ne sait pas
➡ Activité particulière : ☐ plongée ☐ trekking ☐ alpinisme

☐ Avez-vous déjà voyagé ou vécu en région « Est » ou « Sud » du Monde ☐ oui ☐ non

☐ Informations autres que vous souhaitez communiquer sur votre voyage :

.....
.....

VOTRE ETAT DE SANTE



Grossesse ou allaitement
en cours : ☐ oui ☐ non

Avez-vous de la fièvre en ce moment ? ☐ oui ☐ non

Avez-vous déjà présenté un problème suite à un vaccin ? ☐ oui ☐ non

Si oui, quel type de problème :

Antécédents médicaux (IMPORTANT)

- | | | |
|---|--|---|
| ☐ Hépatite virale (A/B/C/E) | ☐ Diabète | ☐ Maladie neurologique ou sclérose en plaques |
| ☐ Maladie thymus, myasthénie ou thymectomie | ☐ Cancer | ☐ Dépression, insomnie, anxiété |
| ☐ Transplantation | ☐ Maladie rénale | ☐ Phlébite ou embolie pulmonaire |
| ☐ Déficit immunitaire ou VIH | ☐ Maladie cardiaque | ☐ Maladie inflammatoire intestinale |
| ☐ Cirrhose | ☐ Maladie auto-immune | ☐ Maladie du sang |
| | ☐ Maladie respiratoire | |

Si autres, préciser :

Traitements médicaux en cours : préciser tous les médicaments, contraceptifs compris

-	-	-
-	-	-
-	-	-
-	-	-

Prise d'immunosuppresseurs : ☐ oui, en cours ☐ non

Exemple : corticoïdes, Methotrexate, anti-TNF, chimiothérapie, immunothérapie, biothérapie

Si oui, préciser :

Allergie connue : ☐ oui ☐ non **Asthme** : ☐ oui ☐ non **Allergie œuf** : ☐ oui ☐ non

Si allergie, préciser à quoi :

Type de réaction allergique : ☐ urticaire ☐ Œdème de Quincke ☐ choc allergique

PARTIE MEDICALE

A remplir par le médecin



Risque alimentaire/eau : ☐ Vaccin VHA ☐ Vaccin Typhoïde ☐ Vaccin Choléra	Moustiques : ☐ Vaccin fièvre jaune ☐ Vaccin encéphalite japonaise	Animaux : ☐ Vaccin rage ☐ Vaccin E. tiques ☐ Vaccin leptospirose	 Altitude : ☐ oui ☐ non
Conventionnel ☐ oui ☐ non Durée ☐ < 1 mois ☐ > 1 mois Nuit forêt ☐ oui ☐ non			Risque sexuel : ☐ Vaccin VHB ☐ Vaccin MPOX
Zone impaludée ☐ Sub-Sahara/Yémen ☐ Asie SE ☐ Papouasie/NG/IS ☐ Am. tropicale/Haïti/RD			Pèlerinage ou Sahel : ☐ Vaccin ACWY
Notes :			Rappels : ☐ Ordonnance

TABLEAU VACCINAL

Fièvre jaune (au moins 10 jours avant départ)	Date	Numéro LOT	 ☐ oui ☐ non	PV : ☐ oui ☐ non
			 ☐ oui ☐ non	C. i. ☐ oui ☐ non

				Refus
Rage	V1 :		V2 (J7) :	
Encéphalite à tiques	V1 :	V2 :	V3 :	
Encéphalite japonaise	V1 J0 :		V1 J0 :	> 18 ans
	V2 J28 :	V3 M12 :	V1 J7 :	V3 M12 :

Vivotif (> 5 ans)	V1 (au moins 15 jours avant départ) :		V2/V3 (J3-J5) :
Typhim (> 2 ans)	V1 (au moins 15 jours avant départ) :		
Hépatite A adulte (>15 jours avant départ)	V1 J0 :	V2 M6 :	
Hépatite A enfant (>15 jours avant départ)	V1 :	V2 M6 :	

Hépatite B adulte	V1 :	V2 (J7 ou M1):	V3 (J21 ou M6) :
Hépatite B enfant	V1 :	V2 (M1) :	V3 (M2 ou M6):
Monkeypox			

Méningo ACYW		V2 (M6) :
Méningo B	V1 :	V2 (M1) :

DTPCa			
dtPCA			
Pneumocoque			
ROR	V1 :	V2 :	
HPV	V1 :	V2 :	V3 :
BCG			
VZV	V1 :	V2 :	

Autres vaccinations	
---------------------	--

Date :

Signature médecin :

Signature patient des refus :

DOCUMENTS A REMETTRE AU PATIENT

Risque alimentaire/eau : ☐ Fiche d'information ☐ Antibiotiques réserve ☐ Traitement diarrhées	Moustiques : ☐ Prophylaxie Malarone ou Doxycycline ☐ Fiche d'information ☐ Protection anti-vectorielle ☐ Traitement de réserve ☐ Carnet jaune ☐ Certificat CI fièvre jaune ☐ Info allaitement fièvre jaune	Animaux : ☐ Fiche Rage	Point MT ?
Rappels vaccins : ☐ Ordonnance vaccinale		Altitude : ☐ Fiche MAM	
☐ Sus MGF ☐ Sus TS		Voyage : ☐ Diabète aéroport ☐ Lentilles contact	

NOTES MEDICALES DE CONSULTATION