



PATIENT

www.chirec.be

- Hôpital Delta
- Hôpital de Braine-l'Alleud-Waterloo
- Centre Médical du Parc Léopold
- CityClinic Louise

ÉTIQUETTE

Madame, Monsieur,

Afin de nous aider à préparer au mieux votre prochain voyage, nous vous prions de bien vouloir compléter ce questionnaire.

VOTRE VOYAGE

Quand partez-vous ? _____
 Combien de temps resterez-vous à l'étranger ? _____
 De quel type de voyage s'agit-il ? _____

- Tourisme (voyage organisé, hôtels confortables)
- Affaire (séjour dans un hôtel confortable, pas d'excursion aventureuse)
- Aventure (excursions de plusieurs jours dans des conditions d'hygiène difficiles, contacts avec la population locale, pratique de sports à risque)
- Stage professionnel (séjour de longue durée, coopération au développement)
- Autres : _____

Dans quel(s) pays partez-vous ? _____

Voyagerez-vous :

- Seul
- En famille
- En groupe

Prévoyez-vous des activités sportives ?

- Oui Lesquelles ? _____
- Non

VOTRE MÉDECIN TRAITANT

Nom : _____

Prénom : _____

Adresse: _____

CP : _____

Ville : _____

VOTRE ÉTAT DE SANTÉ

Allergie à des médicaments, des vaccins, aux oeufs ?

- Oui Lesquelles ? _____
- Non

Maladies chroniques : _____

Traitement habituel : _____

Êtes-vous enceinte ou envisagez-vous une grossesse bientôt ?

- Oui Non

Êtes-vous en train d'allaiter ?

- Oui Non

VOS VACCINATIONS

Avez-vous été vacciné contre :

- | | | | |
|--|---------------------------------|--------------------------------------|--|
| <input type="checkbox"/> Tétanos | <input type="checkbox"/> jamais | <input type="checkbox"/> < 10 ans | <input type="checkbox"/> > 10 ans |
| <input type="checkbox"/> Diphtérie | <input type="checkbox"/> jamais | <input type="checkbox"/> < 10 ans | <input type="checkbox"/> > 10 ans |
| <input type="checkbox"/> Poliomyélite | <input type="checkbox"/> jamais | <input type="checkbox"/> < 10 ans | <input type="checkbox"/> > 10 ans |
| <input type="checkbox"/> Rougeole | <input type="checkbox"/> jamais | <input type="checkbox"/> 1 injection | <input type="checkbox"/> 2 injections |
| <input type="checkbox"/> Méningocoque | <input type="checkbox"/> jamais | <input type="checkbox"/> < 3 ans | <input type="checkbox"/> > 3 ans |
| <input type="checkbox"/> Hépatite A | <input type="checkbox"/> jamais | <input type="checkbox"/> 1 injection | <input type="checkbox"/> 2 injections
date: ___/___/___ |
| <input type="checkbox"/> Hépatite B | <input type="checkbox"/> jamais | <input type="checkbox"/> 1 injection | <input type="checkbox"/> 3 injections
date: ___/___/___ |
| <input type="checkbox"/> Fièvre jaune | <input type="checkbox"/> jamais | <input type="checkbox"/> < 10 ans | <input type="checkbox"/> > 10 ans |
| <input type="checkbox"/> Fièvre typhoïde | <input type="checkbox"/> jamais | <input type="checkbox"/> < 3 ans | <input type="checkbox"/> > 3 ans |

Vaccins administrés (réservé au médecin vaccinateur) :

<input type="checkbox"/> Stamaril	<input type="checkbox"/> Typhim	<input type="checkbox"/> Tetravac	<input type="checkbox"/> Rage
<input type="checkbox"/> Hépatite A	<input type="checkbox"/> Revaxis	<input type="checkbox"/> Fsmc	<input type="checkbox"/> Engerix
<input type="checkbox"/> Polio	<input type="checkbox"/> Nimenrix	<input type="checkbox"/> Twinrix	
<input type="checkbox"/> Ixiaro	<input type="checkbox"/> Boostrix	<input type="checkbox"/> Boostrix + Polio	