



QUESTIONNAIRE MÉDECINE DES VOYAGES (TRAVEL CLINIC)

À remplir avant votre consultation et à présenter au médecin.

IMPORTANT : Veuillez vous munir de votre carte ou carnet de vaccination.

Date du jour :/...../20....

Votre médecin généraliste :



VOTRE VOYAGE

Date de départ :...../...../20...

Date de retour :...../...../20...

Pays et régions à visiter :

Pays 1 : _____ Durée :

Pays 2 : _____ Durée :

Pays 3 : _____ Durée :

Comptez-vous voyager souvent dans le futur ?

Oui | Non

Avez-vous déjà voyagé dans des pays tropicaux ?

Non | Oui (Lesquels : _____)

Mode de voyage :

Seul | En groupe | En famille

Avec une organisation

Type de séjour :

Tourisme / Hôtel / Club

Aventure / Sac à dos / Logement chez l'habitant

Visite à la famille ou proches

Humanitaire / Professionnel / Stage / Expatriation

Activités particulières prévues :

Plongée

Escalade

Haute montagne (>2500m)

Trekking



VOTRE ÉTAT DE SANTÉ

Avez-vous des ALLERGIES ?

(Éruption cutanée, gonflement, difficultés respiratoires)

Non | Oui :

Œufs | Latex | Vaccins |

Médicaments (Précisez : _____)

Pour les femmes :

Êtes-vous enceinte ?

Oui | Non

Allaitez-vous ? Oui | Non

Prenez-vous la pilule ? Oui | Non

Envisagez-vous une grossesse dans les 3 mois après le voyage ? Oui | Non

Souffrez-vous d'une maladie chronique ou sévère ?

Avez-vous toujours votre rate ?

Oui | Non

Avez-vous un problème de Thymus ?

Oui | Non

Avez-vous déjà eu une transplantation d'organe ?

Oui | Non

Avez-vous le VIH / SIDA ?

Oui | Non

Avez-vous déjà été opéré ? Non | Oui

Oui : _____

Souffrez-vous d'épilepsie, de dépression, d'anxiété ou de troubles psychiques ?



TRAITEMENTS ET MÉDICAMENTS EN COURS

Prenez-vous actuellement des médicaments pour : De la cortisone ou un traitement immunosuppresseur / biothérapie ?

L'estomac ? _____
 Le cœur ? _____
 Les poumons ? _____
 Fluidifier le sang ? _____

Psoriasis / Eczéma / Rhumatisme ? _____

Détail de votre traitement actuel :
 1. _____
 2. _____
 3. _____
 4. _____



VOS ANTÉCÉDENTS VACCINAUX & MALADIES

Avez-vous déjà eu :
La jaunisse / Hépatite A ? Oui | Non |
La rougeole ? Oui | Non

Indiquez la date de votre **DERNIÈRE** injection pour les vaccins suivants :

VACCINS	DATE (OU ANNÉE)	NOMBRE DE DOSES REÇUES (SI CONNU)
Tétanos / Diphtérie / Polio		
Hépatite A (Jaunisse)		<input type="checkbox"/> 1 dose <input type="checkbox"/> 2 doses <input type="checkbox"/> 3 doses
Hépatite B		<input type="checkbox"/> 1 dose <input type="checkbox"/> 2 doses <input type="checkbox"/> 3 doses <input type="checkbox"/> 4 doses
Fièvre Jaune		
Fièvre Typhoïde		
Rougeole / Rubéole / Oreillons (ROR)		
Méningocoques ACWY		
Rage		
Encéphalite Japonaise		
Encéphalite à Tiques (FSME)		
Covid-19		
Mpox (Variole du singe)		



CHECK-LIST MÉDICALE (À REMPLIR PAR LE MÉDECIN)

Cadre réservé à l'usage exclusif du médecin

1. Prophylaxie anti-malarique :

- Atovaquone/proguanil
 Doxycycline
 Méfloquine
 Aucune mesure spécifique

2. Vaccins administrés ce jour :

- | | | |
|---|---|---|
| <input type="checkbox"/> STAMARIL | <input type="checkbox"/> TYPHIM | <input type="checkbox"/> RABIPUR |
| <input type="checkbox"/> AVAXIM | <input type="checkbox"/> REVAXIS | <input type="checkbox"/> VAQTA JUNIOR |
| <input type="checkbox"/> BOOSTRIX | <input type="checkbox"/> FSME-IMMUN | <input type="checkbox"/> ENGERIX |
| <input type="checkbox"/> BOOSTRIX POLIO | <input type="checkbox"/> FSME-IMMUN JUN | <input type="checkbox"/> ENGERIX JUN |
| <input type="checkbox"/> POLIO | <input type="checkbox"/> IMOVAX POLIO | <input type="checkbox"/> TWINRIX |
| <input type="checkbox"/> NIMENRIX | <input type="checkbox"/> IXIARO | <input type="checkbox"/> TWINRIX JUNIOR |
| <input type="checkbox"/> QDENG A | <input type="checkbox"/> IXCHIQ | |

Autres : _____

3. Fiches patients remises & Conseils délivrés :

- Malaria / PPAV
 Diarrhée / Péril fécal
 Altitude
 Rage / Zoonoses
 Pharmacie de voyage
 Traitement à la demande (Stand-by)

4. Prescription Dysenterie / Diarrhée sévère :

- Azithromycine
 Ofloxacin (si allergie aux macrolides)
 Lopéramide