



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 :

Etiquette patient



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 :))

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 ?

- ☐ 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

Antécédents :

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

Si oui, précisez :

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

Si oui, développez :



TRAITEMENTS ET MÉDICAMENTS EN COURS

Prenez-vous actuellement des médicaments ?

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



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)		☐ 1 dose ☐ 2 doses ☐ 3 doses
Hépatite B		☐ 1 dose ☐ 2 doses ☐ 3 doses ☐ 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
- ☐ Traitement de réserve

2. Vaccins administrés ce jour :

- | | | |
|---|---|---|
| ☐ STAMARIL | ☐ TYPHIM | ☐ VERORAB |
| ☐ AVAXIM | ☐ REVAXIS | ☐ VAQTA JUNIOR |
| ☐ BOOSTRIX | ☐ FSME-IMMUN | ☐ ENGERIX |
| ☐ BOOSTRIX POLIO | ☐ FSME-IMMUN JUN | ☐ ENGERIX JUN |
| ☐ POLIO | ☐ IMOVAX POLIO | ☐ TWINRIX |
| ☐ NIMENRIX | ☐ IXIARO | ☐ TWINRIX JUNIOR |
| ☐ QDENG | ☐ IXCHIQ | ☐ VIMKUNYA |

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

5. Traitement altitude :

- ☐ Diamox