



# Travel Clinic St Pierre Ottignies

**Dr.Ch. Van de Werve   Dr.J.C. Marot   Dr.Ph.Geeraerts   Dr B. Fraipont**

Destination(s) : .....

Date de départ : ..... Poids (enfants): .....

Durée du séjour:.....

## **Type de voyage :**

- |   |                         |
|---|-------------------------|
| 0 Tourisme  | 0 Habiter               |
| 0 Visite de famille                                     | 0 Etudier / Stage       |
| 0 Professionnel   | 0 Séjour en ville       |
| 0 Humanitaire   | 0 Séjour en zone rurale |
| 0 Hébergement en conditions précaires                   | 0 Pèlerinage            |
| 0 Activités spéciales (trekking, altitude, plongée ...) |                         |

### **Etiquette patient**

(Veuillez coller ici une des étiquettes reçues à l'accueil)

Adresse mail : .....

## **Vaccinations**

Veuillez remplir le tableau (dans le doute, le médecin vous aidera)

Maladie	Entourez ce qui convient				Dernière date
Fièvre jaune	Jamais	<10 ans	>10 ans	2 fois ou +	
Tétanos	Jamais	<10 ans	>10 ans	> 20 ans	
Polio	Jamais	<10 ans	>10 ans		
Hépatite A	Jamais	1 fois	2 fois	3 fois ou +	
Hépatite B	Jamais	1 fois	2 fois	3 fois   4 fois ou +	
Fièvre Typhoïde	Jamais	< 3 ans	> 3 ans		
Rougeole	Jamais	1 fois	2 fois		
Méningite A-C-W-Y	Jamais	Si déjà reçu: nom du vaccin .....			
Rage	Jamais	1 fois	2 fois	3 fois ou +	
Encéphalite japonaise	Jamais	1 fois	2 fois	3 fois ou +	
Encéphalite à tiques (FSME)	Jamais	1 fois	2 fois	3 fois ou +	

Avez-vous fait la rougeole? ----- Oui - Non - Je ne sais pas

Avez-vous fait la jaunisse (hépatite)? ----- Oui - Non - Je ne sais pas

Avez-vous déjà présenté une réaction (allergie, effet secondaire) à un vaccin? ---- Oui - Non

Si oui, laquelle et à quel(s) vaccin(s) ?.....

### **Cadre réservé au médecin**

- |  |             |   |  |
|--|-------------|---|--|
| <input type="checkbox"/> Havrix/Avaxim | Ad - Junior | <input type="checkbox"/> Priorix        | <input type="checkbox"/> Stamaril - Lot N° |
| <input type="checkbox"/> Twinrix       | Ad - Junior | <input type="checkbox"/> Typhim         | <input type="checkbox"/> Imovax Polio      |
| <input type="checkbox"/> Engerix B     | Ad - Junior | <input type="checkbox"/> Boostrix       | <input type="checkbox"/> Nimenrix          |
| <input type="checkbox"/> FSME          | Ad - Junior | <input type="checkbox"/> Revaxis        | <input type="checkbox"/> Ixiaro            |
|  |             | <input type="checkbox"/> Boostrix Polio | <input type="checkbox"/> Rabipur           |

Veuillez compléter le verso également →

## **Allergies**

- à des médicaments ?----- Oui - Non - Si oui : médicament(s) :.....
- aux œufs ou au poulet ?----- Oui - Non .....
- à la gélatine ?----- Oui - Non
- autre allergie : précisez : .....

Avez-vous déjà présenté une réaction allergique grave (gonflement, difficulté respiratoire, éruption type urticaire,...) ?----- Oui - Non

Si oui, précisez : .....

## **Médicaments**

Traitement(s) en cours :

.....  
.....

Prenez-vous ou avez-vous pris de la cortisone en comprimés ou injections? ----- Oui - Non

Prenez-vous ou avez-vous pris des immunosuppresseurs ? ----- Oui - Non

Prenez-vous des anticoagulants ?----- Oui - Non

## **Etat de santé**

### **a) Maladies (anciennes ou actuelles)**

- |  |                     |
|--|---------------------|
| 0 Epilepsie  | 0 Hypertension      |
| 0 Dépression, burn-out                                       | 0 Diabète           |
| 0 Angoisses, phobies   | 0 Maladie de Crohn  |
| 0 Thrombophilie  | 0 Rectocolite       |
| 0 Thrombose veineuse profonde                                | 0 Maladie du thymus |
| 0 Embolie pulmonaire   | 0 Psoriasis         |
| 0 Maladie neurologique (myasthénie, sclérose en plaques,...) | 0 Eczéma            |
| 0 Maladies des articulations                                 | 0 HIV/SIDA          |
| 0 Autres maladies (précisez) : .....                         |                     |

Souffrez-vous de ou avez-vous eu un cancer ?----- Oui - Non Date :.....

Quel en était le traitement ?----- Rayons Chimiothérapie

Avez-vous présenté une fièvre récente ? ----- Oui - Non

### **b) Opérations chirurgicales**

- Opération du thymus
- Ablation de la rate
- Transplantation d'organe
- Autres : .....

## **Madame,**

- êtes-vous enceinte ?----- Oui - Non
- envisagez-vous une grossesse dans les 3 mois après le voyage ?----- Oui - Non
- allaitez-vous ?----- Oui - Non
- prenez-vous un contraceptif ?----- Oui - Non

Date :.....

Signature :.....