



## **Anamnèse ImmunoStart**

### **Travel Clinic**

Dr JC Marot  
Dr B. Fraipont  
Dr Ph. Geeraerts  
Dr Ch. Van de Werve

### **Médecine interne et infectiologie**

Dr JC Marot  
Dr L. Doyen  
Dr G. Wieers

Date : .....

Médecin : .....

*Nom du patient:*

*Prénom du patient:*

*Date de naissance:*

### **TRAITEMENT IS:**

1. Indication:  Rhumato  Gastro  Ophtalmo  MIG  Dermato  Onco  Hémato  
 Neuro
2. Nom de la pathologie: \_\_\_\_\_
3. Type d'immunosuppression :
  - Médicamenteuse :  Oui  Non
  - Splenectomie:  Oui  Non
  - Chimiothérapie:  Oui  Non
  - HSCT :  Oui  Non
  - SOT :  Oui  Non
4. Médicament(s) IS et dosage :  
\_\_\_\_\_
5. Traitement(s) actuel(s)/anciens traitements IS (dont prise de cortisone antérieure):  
\_\_\_\_\_
6. Antécédents chirurgicaux :  
\_\_\_\_\_
7. Date prévue de démarrage IS : \_\_\_/\_\_\_/\_\_\_

## PRISE de SANG de BASE



Test biologique	Date	Résultat
IGRA	...../...../.....	<input type="checkbox"/> positive <input type="checkbox"/> négative
Sérologie Rougeole	...../...../.....	<input type="checkbox"/> positive <input type="checkbox"/> négative
Sérologie hépatite A	...../...../.....	<input type="checkbox"/> positive <input type="checkbox"/> négative
Sérologie hépatite B	...../...../.....	<input type="checkbox"/> Ac antiHbs ..... <input type="checkbox"/> Ag HbS ..... <input type="checkbox"/> Ac antiHbc..... <input type="checkbox"/> CV HBV.....
Sérologie hépatite C	...../...../.....	<input type="checkbox"/> positive <input type="checkbox"/> négative
Sérologie syphilis	...../...../.....	<input type="checkbox"/> positive <input type="checkbox"/> négative
Sérologie HIV	...../...../.....	<input type="checkbox"/> positive <input type="checkbox"/> négative
Sérologie VZV	...../...../.....	<input type="checkbox"/> positive <input type="checkbox"/> négative
Sérologie HSV	...../...../.....	<input type="checkbox"/> positive <input type="checkbox"/> négative
Sérologie 1. CMV 2. EBV 3. Toxo	...../...../.....	1. <input type="checkbox"/> positive <input type="checkbox"/> négative 2. <input type="checkbox"/> positive <input type="checkbox"/> négative 3. <input type="checkbox"/> positive <input type="checkbox"/> négative
Sérologie (si nécessaire) 1.Chagas 2.Leishmaniose 3.filaire	1. ....../...../..... 2. ....../...../..... 3. ....../...../.....	1. <input type="checkbox"/> positive <input type="checkbox"/> négative 2. <input type="checkbox"/> positive <input type="checkbox"/> négative 3. <input type="checkbox"/> positive <input type="checkbox"/> négative
Analyse de selle (si nécessaire)	...../...../.....	<input type="checkbox"/> positive <input type="checkbox"/> négative

## ANTECEDENTS VACCINAUX

Maladie	Date	Sérologie/vaccin	Vaccin à faire
Tétanos/Diphtérie <input type="checkbox"/> <5 ans <input type="checkbox"/> 5-10 ans <input type="checkbox"/> >10 ans	...../...../..... <input type="checkbox"/> Inconnu	NA	<input type="checkbox"/>
Rougeole/rubéole/oreillons	...../...../..... <input type="checkbox"/> Inconnu	Sérologie rougeole <input type="checkbox"/> positive <input type="checkbox"/> négative <input type="checkbox"/> non réalisée	<input type="checkbox"/>
Poliomyélite	...../...../..... <input type="checkbox"/> Inconnu	Un vaccin à l'âge adulte : <input type="checkbox"/> oui <input type="checkbox"/> non	<input type="checkbox"/>
Coqueluche	...../...../..... <input type="checkbox"/> Inconnu	Un vaccin à l'âge adulte : <input type="checkbox"/> oui <input type="checkbox"/> non	<input type="checkbox"/>
Méningite ACWY Meningo B	...../...../..... <input type="checkbox"/> Inconnu	NA	<input type="checkbox"/>
Hémophilus influenzae	...../...../..... <input type="checkbox"/> Inconnu	NA	<input type="checkbox"/>
Appexnar/ Pneumo23 /Prevenar 13	...../...../..... <input type="checkbox"/> Inconnu	NA	<input type="checkbox"/>
Grippe	...../...../..... <input type="checkbox"/> Inconnu	NA	<input type="checkbox"/>
Hépatite A	1. ....../...../..... 2. ....../...../..... <input type="checkbox"/> Inconnu	1. <input type="checkbox"/> positive <input type="checkbox"/> négative <input type="checkbox"/> non réalisée 2. <input type="checkbox"/> positive <input type="checkbox"/> négative <input type="checkbox"/> non réalisée	<input type="checkbox"/>
Hépatite B	1. ....../...../..... 2. ....../...../..... 3. ....../...../..... <input type="checkbox"/> Inconnu	<input type="checkbox"/> Ac antiHbs ..... <input type="checkbox"/> Ag HbS ..... <input type="checkbox"/> Ac antiHbc..... <input type="checkbox"/> CV HBV.....	<input type="checkbox"/>
Fièvre jaune	...../...../..... <input type="checkbox"/> Inconnu	NA	<input type="checkbox"/>
BCG <input type="checkbox"/> oui <input type="checkbox"/> non	...../...../..... <input type="checkbox"/> Inconnu	NA	<input type="checkbox"/>
Cicatrice <input type="checkbox"/> oui <input type="checkbox"/> non	<input type="checkbox"/> Inconnu		
Varicelle	...../...../..... <input type="checkbox"/> Inconnu	<input type="checkbox"/> positive <input type="checkbox"/> négative <input type="checkbox"/> non réalisée	<input type="checkbox"/>
HPV	1. ....../...../..... 2. ....../...../..... 3. ....../...../..... <input type="checkbox"/> Inconnu	NA	<input type="checkbox"/>