

CHU MONT-GODINNE

TRAVEL CLINIC : Dossier de consultation à remplir par le voyageur

Identité :	Monsieur/ Madame :	
	Date de naissance :	Sexe : M/F
	Tél :	Médecin traitant :
	Nationalité :	
	Pays d'origine :	

Avez-vous déjà consulté dans une travel clinic ? **OUI / NON**

Si oui, où et quand ?

Antécédents (cocher et/ou biffer la mention inutile et/ou compléter)

Cardiaques	Angine de poitrine	Troubles du rythme		
	Autre :			
Respiratoires	Asthme	Bronchite chronique		
	Autre :			
Système immunitaire	Maladie du sang	Maladie ou chirurgie du Thymus		
	Chirurgie de la rate			
	Diminution de l'immunité (prise de cortisone, d'immunosuppresseurs, HIV,...) :			
Système nerveux	Epilepsie	Vertiges	Dépression	Angoisses
Peau	Eczéma	Psoriasis		
Problème de coagulation	Plaquettes basses	Médicaments qui fluidifient le sang		
Diabète	Insuline			

Chirurgie récente ou prévue avant le départ ? **OUI / NON**

Si oui :

Allergie(s) particulière(s) : antibiotiques, protéines des oeufs, alimentaires ? :

Transfusion de sang ou de plasma ou immunoglobulines dans les 3 mois précédents :

OUI/NON

Grossesse en cours ou programmée ? **OUI / NON**

Médicaments pris régulièrement : **OUI / NON** Si oui :

-

-

Avez-vous déjà pris un traitement de prophylaxie contre la malaria ? **OUI / NON** si oui, lequel ?

-

Avez-vous vécu plus d'un an en dehors de l'Europe ? **OUI / NON**

si oui, où ? et quand ? de à

Avez-vous déjà voyagé en dehors de l'Europe ? **OUI / NON** si oui, où et à quelles dates ?

.....

.....

Avez-vous l'intention de voyager souvent ?

Vaccinations déjà réalisées

Avez-vous présenté des réactions inattendues lors de vaccinations précédentes ? **OUI / NON**
si oui, à quel vaccin et quelle type de réaction ?

.....

	Vaccination complète dans l'enfance	Dernier rappel	Certitude
Tétanos			OUI / NON
Tétanos / diphtérie			OUI / NON
Poliomyélite			OUI / NON
Hépatite A			OUI / NON
Hépatite B			OUI / NON
Rougeole, rubéole, oreillons			OUI / NON
Fièvre jaune			OUI / NON
Fièvre typhoïde			OUI / NON
Méningite A (Mencevax)			OUI / NON
Pneumocoque			OUI / NON
Grippe			OUI / NON
Varicelle			OUI / NON
Encéphalite japonaise			OUI / NON
Encéphalite à tiques			OUI / NON
Rage			OUI / NON

Données concernant le voyage actuel

Date du départ :

Pays visités :

1. durée :
2. durée :
3. durée :
4. durée :

Motifs du voyage :

Affaires Tourisme Visite familiale Coopération Retour au pays

Voyage de longue durée Autre raison :

Type de voyage :

Séjour en ville exclusivement Séjour en hôtel de bonne catégorie

Circuit organisé

Voyage aventureux Séjour chez l'habitant Camping

Autres :

Activités particulières :

Sports aquatiques Plongée sous marine Escalade, randonnée en montagne

Autres :