



Formulaire de vaccination

À remplir au préalable

Indentification patient

Nom:..... Age: Résidence: <input type="radio"/> France <input type="radio"/> Wallonie <input type="radio"/> Flandres	
Quels pays visitez-vous ?	
Date de départ: Durée du séjour:	
Type de voyage	<input type="checkbox"/> professionnel <input type="checkbox"/> visite famille <input type="checkbox"/> Tourisme (organisé) <input type="checkbox"/> projet humanitaire <input type="checkbox"/> Tourisme (libre) <input type="checkbox"/> habiter <input type="checkbox"/> travail, stage <input type="checkbox"/> secteur.....
Activités spéciales?	<input type="checkbox"/> plongée <input type="checkbox"/> Trekking <input type="checkbox"/> hautes montagnes <input type="checkbox"/> vacances à vélo <input type="checkbox"/> autre:
Voyagez-vous souvent (aux tropiques)?

STATUT VACCINAL		Avez-vous reçu les vaccinations de base en tant qu'enfant ? <input type="checkbox"/> oui <input type="checkbox"/> non	
Fièvre jaune	<input type="checkbox"/> jamais <input type="checkbox"/> reçu une fois: date:	<input type="checkbox"/> reçu plus d'une fois: Date:	
Tétanos, Diphtérie Coqueluche	Nom vaccin/date:..... <input type="checkbox"/> jamais <input type="checkbox"/> il y a moins de 10 ans <input type="checkbox"/> il y a plus de 10 ans <input type="checkbox"/> il y a plus de 20 ans		
Polio	<input type="checkbox"/> jamais <input type="checkbox"/> totalement immunisé étant enfant	<input type="checkbox"/> reçu un rappel à partir de 16 ans	
Hépatite A	<input type="checkbox"/> jamais <input type="checkbox"/> reçu 1 – 2 – 3 fois	Avez-vous déjà fait une jaunisse (hépatite A)? <input type="checkbox"/> oui <input type="checkbox"/> non	
Hépatite B	<input type="checkbox"/> jamais <input type="checkbox"/> reçu 1 – 2 – 3 fois		
Typhus	<input type="checkbox"/> jamais <input type="checkbox"/> ...		
Méningocoques ACWY	nom vaccin/date:		
Rougeole	<input type="checkbox"/> jamais <input type="checkbox"/> reçu une fois	<input type="checkbox"/> reçu deux fois	<input type="checkbox"/> reçu étant enfant
Rage	<input type="checkbox"/> jamais <input type="checkbox"/> reçu deux fois		
Encéphalite à tiques (FSME)	<input type="checkbox"/> jamais <input type="checkbox"/> date:		
Encéphalite japonaise	<input type="checkbox"/> jamais <input type="checkbox"/> date:		

LA SANTÉ PERSONNELLE			
Poids:kg	(seulement pour enfants < 15 ans)		
Allergies (médicaments – œufs – vaccins – autres		<input type="checkbox"/> non	
Êtes-vous enceinte ?	<input type="checkbox"/> oui	<input type="checkbox"/> non	
Envisagez-vous une grossesse dans les premiers mois après votre voyage ?	<input type="checkbox"/> oui	<input type="checkbox"/> non	
Maladies chroniques / Maladies graves:.....		<input type="checkbox"/> non	
Avez-vous le VIH?	<input type="checkbox"/> oui	<input type="checkbox"/> non	
Avez-vous eu une ablation de la rate (splénectomie)?	<input type="checkbox"/> oui	<input type="checkbox"/> non	
Avez-vous eu une transplantation d'organe?	<input type="checkbox"/> oui	<input type="checkbox"/> non	
Prenez-vous de la cortisone?	<input type="checkbox"/> oui	<input type="checkbox"/> non	
Prenez-vous des autres médicaments?	<input type="checkbox"/> oui	<input type="checkbox"/> non	
Si oui, lesquels?			

Prix des vaccins: disponible sur le site www.reiskliniek.net

