CHU ANGERS
CENTRE HOSPITALIER UNIVERSITAIRE

FICHE DE RENSEIGNEMENTS A REMPLIR PAR LE VOYAGEUR

Ce questionnaire confidentiel fait partie de votre dossier médical. Il est très important que vous le complétiez.

Etes-vous déjà venu consulter au Centre des Vaccinations d'Angers ? ☐ oui ☐ non
Si oui, en quelle (s) année (s).....

Lieu du voyage :.....

Dates du voyage : du..... Au.....

Mode du voyage :

☐ professionnel ☐ humanitaire ☐ visite famille/amis ☐ autres

☐ touristique ☐ tour opérateur conventionnel ☐ équitable ☐ itinérant

Prenez-vous un ou des médicament (s) ? ☐ oui ☐ non

Etes-vous suivi (e) pour une ou des maladie (s) chronique (s) (comme le diabète, des rhumatismes ou une maladie qui diminue vos défenses contre l'infection, etc.) ? ☐ oui ☐ non

Dans votre famille, existe-t-il des maladies que l'on vous a demandé de signaler au médecin (comme la sclérose en plaque, la phlébite ou l'embolie pulmonaire, etc..) ?

☐ oui ☐ non

Etes-vous souffrant (e) aujourd'hui ? ☐ oui ☐ non

Pensez-vous présenter une contre-indication aux vaccinations (comme une allergie à l'œuf, une réaction lors d'une vaccination antérieure, etc..) ☐ oui ☐ non

Avez-vous reçu des vaccins au cours du dernier mois ? : ☐ oui ☐ non

Madame, Mademoiselle :

Prenez-vous une contraception ? ☐ oui ☐ non

Etes-vous enceinte ? ☐ oui ☐ non

Envisagez-vous de l'être prochainement ? ☐ oui ☐ non

RESERVE AU CENTRE DE VACCINATIONS

	Dernier rappel JJ/MM/AA	A jour	Proposé	Refusé	Fait le JJ/MM/AA	Lot n° XXXXXX	Initiales I.D.E.
Fièvre jaune							
Diphtérie							
Tétanos							
Poliomyélite							
Coqueluche							
Haemophilus B							
Pneumocoques							
Grippe							
Méningocoque C							
Méningocoque AC							
Méningocoque ACYW135							
Rougeole							
Rubéole							
Oreillons							
Papillomavirus							
Tuberculose							
Tuberculine							
Hépatite B							
Hépatite A							
Typhoïde							
Encéphalite japonaise							
Encéphalite à tiques							
Autres valences							

La spécialité vaccinale utilisée sera conforme au protocole du service

RESERVE AU MEDECIN LORS DE LA CONSULTATION

Consultation faite par le Docteur..... le.....

Contre-indication au (x) vaccination (s)

	Oui	Non
Fièvre jaune Préciser.....		
Certificat de contre-indication temporaire délivré (joindre un duplicata au dossier)	☐	☐
Autre (s) vaccin (s) Préciser.....	☐	☐

Prescription (s)
(joindre un duplicata au dossier)

	Oui	Non
Chimioprophylaxie antipaludique	☐	☐
☐ chloroquine		
☐ chloroquine + proguanil		
☐ méfloquine		
☐ doxycycline		
☐ atovaquone + proguanil		
☐ autre (s) :		
☐ a été ou ☐ sera prescrite par le médecin traitant		
Médicaments antidiarrhéiques	☐	☐
Prévention mal des montagnes	☐	☐
Autre (s)..... ☐ ☐		

Informations données au voyageur

	Oui	Non
Piqûres d'insectes	☐	☐
Répulsifs	☐	☐
Moustiquaires imprégnées d'insecticide	☐	☐
Péril fécal	☐	☐
MIT / SIDA	☐	☐
Autre (s)..... ☐ ☐		

A-t-il été conseillé au voyageur, avant son départ, d'aller consulter :

	Oui	Non
Un médecin généraliste (joindre un duplicata au dossier)	☐	☐
Un médecin spécialiste (joindre un duplicata au dossier)	☐	☐
Autre (s) :	☐	☐