

À RENSEIGNER SOIGNEUSEMENT

Un seul questionnaire par personne, à remplir par un parent ou tuteur pour les enfants.

Date:

Cadre réservé à l'administration

N° dossier:

NOM : NOM de jeune fille :
Prénom : Âge: Date de naissance: [] [] [] [] [] [] (JJ/MM/AA)
Adresse : Pays de naissance :
Code postal/Ville : Sexe : F M
Téléphone: [] [] [] [] [] [] [] [] [] [] N° S. S.:
Mail : []

- 1 – Avez-vous actuellement de la fièvre ? OUI NON
- 2 – Avez-vous actuellement une maladie, une affection ou avez-vous été récemment malade ? Ne pas signaler les affections courantes: grippe, angine, eczéma, etc. OUI NON
- 3 – Avez-vous pris des médicaments ou suivi un traitement pendant plus de 30 jours ces derniers mois (*en dehors de la contraception pour les femmes*) ? Lesquels ? OUI NON
- 4 – Avez-vous un déficit immunitaire ? OUI NON
- 5 – Avez-vous eu une réaction grave lors d'une vaccination ? Si oui, à quel vaccin ? OUI NON
- 6 – Avez-vous été vacciné au cours des 30 derniers jours (*par ex. ROR, varicelle, BCG, zona, etc*) ? OUI NON
- 7 – Allergie: avez-vous déjà eu une **allergie grave** ayant nécessité immédiatement des soins médicaux ? Si oui, laquelle (*œuf, etc*) ? OUI NON
- 8 – Si vous êtes une femme : êtes-vous enceinte ? OUI NON
- 9 – Si vous êtes une femme: êtes-vous allaitante ? OUI NON
- 10 – Avez-vous un projet parental ou des nourrissons dans votre entourage familial/professionnel ? OUI NON

Signature

VOYAGE PRÉVU HORS DE FRANCE METROPOLITAINE

Pays de destination:

Date de départ: Durée du séjour:

Motif du séjour: Tourisme/familial Professionnel Mission humanitaire
 Expatriation Pèlerinage

Conditions du séjour: Confortables Intermédiaires Aventureuses

Cadre réservé à l'administration

Vaccin(s) Apporté(s)

Vaccin(s) du centre

Ordonnance :

sérologie
vaccins

Paramédicaux :

Documents Transmis :

PPAV Paludisme Rage Trousse à pharmacie
 Diarrhée Décharge FJ Décharge ROR Séjour altitude

Vaccins	À jour Date (année)	Réalisés au CVI	À prévoir au CVI	À prévoir hors CVI
DTP				
DTPcoq				
Fièvre Jaune				
Hépatite A				
Hépatite B				
Typhoïde				
Méningite A/C/Y/W135				
Rage				
Encéphalite Japonaise				
ROR				
Rougeole				
Pneumocoque				
HPV				
Zona				
BCG				

CONSULTATION MÉDICALE

(à remplir par le médecin examinateur)

Consultation prévue : OUI NON

Nom du Médecin :

1 - Sérologies demandées :

Tétanos HVA HVB HVC HIV
 Fièvre Jaune Rubéole Rougeole Rage Varicelle

2 - Antimoustiques : protection diurne NON
 protection nocturne OUI NON

3 - Chimio prophylaxie antipaludique OUI NON
 Atovaquone / Proguanil Doxycycline Mefloquine Autre

4 - Traitement de réserve - Paludisme OUI NON

5 - Conseils protection diarrhée OUI NON

6 - Traitement diarrhée OUI NON

Autre(s) conseil(s)

.....

