

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 marital :
 Prénom : Âge : Date de naissance : [][][][][][][][][] (JJ/MM/AA)
 Adresse : Pays de naissance :
 Code postal/Ville : **Votre médecin traitant**
 Téléphone : [][][][][][][][][] NOM, Prénom :
 Mail : Code postal/Ville :

- 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 – Avez-vous des antécédents de sclérose en plaque ? OUI NON
- 9 – Si vous êtes une femme : êtes-vous enceinte ? OUI NON
- 10 – Si vous êtes une femme : êtes-vous allaitante ? OUI NON
- 11 – Avez-vous un projet parental ou des nourrissons dans votre entourage familial/professionnel ? OUI NON

Signature

VOYAGE HORS DE FRANCE METROPOLITAINE

Pays visité(s) :

Date de départ : Durée du séjour :

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

Conditions du séjour : Confortable Intermédiaires Aventureuse

Cadre réservé à l'administration

Vaccins à jour	Vaccin(s) Injecté(s)	Vaccin(s) du centre	Ordonnance :
DTP <input type="checkbox"/>	Méningite A/C/Y/W135 <input type="checkbox"/>		sérologie <input type="checkbox"/>
DTP +Coqueluche <input type="checkbox"/>	Rage <input type="checkbox"/>		vaccins <input type="checkbox"/>
ROR <input type="checkbox"/>	Encéphalite Japonaise <input type="checkbox"/>		
Hép. B <input type="checkbox"/>	HPV <input type="checkbox"/>		
Hép. A <input type="checkbox"/>	Pneumocoques <input type="checkbox"/>		
F. Jaune <input type="checkbox"/>	BCG <input type="checkbox"/>		
Typhoïde <input type="checkbox"/>	Zona <input type="checkbox"/>		
Méningite C <input type="checkbox"/>			

