

①

Nom : _____ Prénom : _____

Date de naissance : ____/____/____ âge: _____ Sexe : M F

Poids (si enfant): ____ Kg

Téléphone : _____

Adresse (domicile): _____

Code postal : _____ Ville / Pays : _____

Destination(s) : _____

But du voyage : tourisme professionnel visiter la famille/amis autre

Date du départ : ____/____/____ Durée du séjour : _____

②

Veuillez SVP répondre aux questions suivantes :

Oui Non

Voyage professionnel pour une organisation partenaire Si oui, précisez : _____

J'ai de la fièvre _____

J'ai une maladie chronique Si oui, précisez : _____

Je prends un ou des médicaments Si oui, précisez : _____

J'ai une allergie (médicaments, œufs, ...) _____

J'ai ou j'ai eu une dépression _____

J'ai ou j'ai eu de l'épilepsie, convulsions _____

J'ai eu une maladie/opération du thymus _____

J'ai eu une réaction à un vaccin Si oui, précisez : _____

Je suis enceinte ou planifie une grossesse Si oui, quand: _____

J'allaiter _____

③ VEUILLEZ RENDRE CETTE FEUILLE A LA RECEPTION - PAIEMENT A LA SORTIE - les prix sont approximatifs et donnés à titre indicatif / le prix de la consultation n'est pas inclus dans les vaccins et est ajouté à la facture totale

↓ A REMPLIR UNIQUEMENT PAR LE PROFESIONNEL DE SANTÉ →

 Pas de carnetDernière vaccination : >10ans >20ans

FRAIS DE CONSULTATION		VACCINS										AUTRES	
~ standard (prix/personne)	Prix	Prix	Vaccins (1 dose)	préc.	fait le	refusé	Prix	Vaccins (1 dose)	préc.	fait le	refusé	Prix	
CS 1	65	75	Fièvre jaune				30	Poliomyélite				7	Prise de sang
CS 2	45						30	Diph.-Tétanos-Polio					
CS 3	30	55	Hépatite A				40	Di-Te-Per (coqu.)				85	Dosage Diphterie (1446.10)
Long voyage CS 1	140	45	Hépatite A junior				45	Di-Te-Per-Pol				50	Dosage Tétanos (3401.00)
Long voyage CS 2	65	45	Hépatite B									25	Dosage Ac F. jaune (Ig) (3040)
particulières		45	Hép. B junior				40	ROR				25	Dosage Ac Hépatite A (Ig)
temps effectif (min):		75	Hépatite A+B				90	ROR-V					
référé pour vaccin spécifique		30										25	Dosage Ac Hépatite B (anti-Hbs)
Rappels et suivi de vaccination		65	Méningite ACWY				50	Encéph. à tique				50	Dosage Ac Rougeole (Ig)
Prestations infirmières	25	90	Rage				50	Encéph. à tique jun.				25	Dosage Ac Rubéole (Ig)
Démo TDR (15 min)	55		informations transmises <input type="checkbox"/>				20	Grippe				50	Dosage Ac Varicelle (Ig)
TDR 2X (492527)	25	60	VIVOTIF (fièvre.ty)				95	Pneumocoque				105	Dosage Quantiferon (3453.00)
		60	TYPHIM VI (fièvre.ty)				65	Varicelle					
		135	Encéph. Jap.					ATCDs de maladie <input type="checkbox"/> / sérologie positive <input type="checkbox"/>					Dosage Ac (autres):
		130	Fièvre Dengue				185	Zona					
Duplicata carnet de vacc.	25		1er épisode confirmé <input type="checkbox"/> / AA maladie + sérologie positive <input type="checkbox"/>					Covid (nom et date du vaccin):				25	Mantoux (466143)

PRESCRIPTIONS

Malaria/paludisme : prophylaxie : _____

traitement de réserve: _____

 Vivotif

Autres: _____

INFORMATIONS

Diarrhées des voyageurs : transmises non souhaitées Arboviroses : transmises non souhaitées Protection moustiques : transmises non souhaitées Mal des montagnes : transmises non souhaitées

CONSULTANT

Infirmier/ère : _____

Commentaires: _____

Médecin : _____

Date: _____