

Nom : \_\_\_\_\_ Prénom : \_\_\_\_\_

Date de naissance : \_\_\_/\_\_\_/\_\_\_ âge: \_\_\_\_\_ Sexe :  M  F  
Poids (si enfant): \_\_\_\_\_ Kg

Téléphone : \_\_\_\_\_

Adresse : \_\_\_\_\_

Code postal : \_\_\_\_\_ Ville : \_\_\_\_\_

Destination(s) : \_\_\_\_\_

Date du départ : \_\_\_/\_\_\_/\_\_\_ Durée du séjour : \_\_\_\_\_

**Veillez SVP répondre aux questions suivantes :**

	Oui	Non
Je travaille pour une organisation partenaire	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
J'ai de la fièvre	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
J'ai une maladie chronique	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Je prends un ou des médicaments	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
J'ai une allergie (médicaments, œufs, ...)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
J'ai ou j'ai eu une dépression	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
J'ai ou j'ai eu de l'épilepsie, convulsions	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
J'ai eu une maladie/opération du thymus	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
J'ai eu une réaction à un vaccin	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Je suis enceinte ou planifie une grossesse	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
J'allait	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

**!/ Paiement à 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/la professionnel/le de santé ↓**

Consultations médico-infirmières		Vaccins										Autres	
~ standard (prix/personne)	Prix	Prix	Vaccins (1 dose)	préc.	fait le	lot	Prix	Vaccins (1 dose)	préc.	fait le	lot	Prix	
CS 1	65	75	Fièvre jaune				30	Poliomyélite				7	Prise de sang
CS 2	45						25	Diph.-Tétanos-Polio					
CS 3	30	55	Hépatite A				40	Di-Te-Per (coqu.)				85	Dosage Diphterie (1446.10)
Long voyage CS 1	130	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)
<b>particulières</b>		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)
		65	Méningite ACWY				50	Encéph. à tique				50	Dosage Ac Rougeole (Ig)
<b>Rappels et suivi de vaccination</b>							50	Encéph. à tique jun.				25	Dosage Ac Rubéole (Ig)
Prestations infirmières	25												
Démo TDR (15 min)	55	90	Rage				20	Grippe				50	Dosage Ac Varicelle (Ig)
TDR 2X (492527)	15		informations transmises <input type="checkbox"/>				95	Pneumocoque				105	Dosage Quantiferon (3453.00)
		60	F. typhoïde (vivotif)										
		50	F. typhoïde (inj.)				65	Varicelle					Dosage Ac (autres):
		130	Encéph. Jap.					ATCDs de maladie <input type="checkbox"/> / sérologie positive <input type="checkbox"/>					
Document / Duplicata	25							Covid (nom et date du vaccin):				25	Mantoux (466143)

**Prescription**

**malaria/paludisme :** prophylaxie : \_\_\_\_\_ traitement de réserve: \_\_\_\_\_ **arboviroses** informations transmises

**autres:** \_\_\_\_\_ **diarrhées-voyageurs** informations transmises  **protection moustiques** informations transmises

**mal des montagnes** informations transmises

Médecin : \_\_\_\_\_ Infirmier/ère : \_\_\_\_\_ Date: \_\_\_\_\_