

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

EDS :

N° Ticket :

Veuillez SVP répondre aux questions suivantes :

Oui Non

- 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'allaité _____

visa

③ PAIEMENT A LA SORTIE !!! - VUEILLEZ RENDRE CETTE FEUILLE A LA RECEPTION - 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 PROFESSIONNEL DE SANTÉ →

 Pas de carnetDernière vaccination : >10ans >20ans

FRAIS DE CONSULTATION

| ~ standard (prix/personne): | Prix |
|----------------------------------|------|
| CS 1 | 80 |
| CS 2 | 60 |
| CS 3 | 40 |
| Long voyage CS 1 | 180 |
| Long voyage CS 2 | 100 |
| Long voyage CS 3 | 80 |
| ~ particulières: | |
| Référé pour vaccin spéc. | 40 |
| Temps effectif (min): | |
| CS complexe | 240 |
| Ordonnance Certificat | 20 |
| Duplicata carnet de vacc. | 25 |
| Rappels et suivi de vaccination: | |
| Prestations infirmières | 25 |
| Démo TDR (15 min) | 55 |
| TDR 2X (492527) | 25 |

| VACCINS | | | | | | | | | |
|---------|--|--------------------------|---------|--------|------|---|-------|---------|--------|
| Prix | Vaccins (1 dose) | préc. | fait le | refusé | Prix | Vaccins (1 dose) | préc. | fait le | refusé |
| 70 | Fièvre jaune | | | | 30 | Poliomyélite | | | |
| | | | | | 15 | Diph.-Tétanos-Polio | | | |
| 55 | Hépatite A | | | | 40 | Di-Te-Per (coqu.) | | | |
| 45 | Hépatite A junior | | | | 45 | Di-Te-Per-Pol | | | |
| 45 | Hépatite B | | | | | | | | |
| 45 | Hép. B junior | | | | 40 | ROR | | | |
| 75 | Hépatite A+B | | | | 90 | ROR-V | | | |
| | | | | | | | | | |
| 55 | Méningite ACWY | | | | 50 | Encéph. à tique | | | |
| 105 | Méningite B | | | | 50 | Encéph. à tique jun. | | | |
| 90 | Rage | | | | 225 | HPV | | | |
| | informations transmises | <input type="checkbox"/> | | | 30 | Grippe | | | |
| 50 | Fièvre typhoïde (inj) | | | | 85 | Pneumocoque | | | |
| 135 | Encéph. Jap. | | | | 65 | Varicelle | | | |
| 130 | Fièvre Dengue | | | | | ATCDs de maladie <input type="checkbox"/> / sérologie positive <input type="checkbox"/> | | | |
| | 1er épisode confirmé <input type="checkbox"/> / AA maladie + sérologie positive <input type="checkbox"/> | | | | 185 | Zona | | | |
| 205 | Chikungunya | | | | | Autre Vaccin (nom): | | | |

| AUTRES | |
|--------|--|
| Prix | |
| 10 | Prise de sang |
| | |
| 85 | Dosage Diphtérie (1446.10) Dosage Tétanos (3401.00) |
| | |
| 15 | Dosage Ac Hépatite A (Ig) |
| 20 | Dosage Ac Hépatite B (anti-Hbs) |
| | |
| 40 | Dosage Ac Rougeole (Ig) |
| 20 | Dosage Ac Rubéole (Ig) |
| | |
| 40 | Dosage Ac Varicelle (Ig) |
| 90 | Dosage Quantiferon (3453.00) |
| | |
| | Dosage Ac (autres): |
| 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: _____ Date: _____
Médecin : _____