

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



Service de Médecine Tropicale et Humanitaire - Département de médecine communautaire et de premier recours

HUG - 6, rue Gabrielle Perret-Gentil - 1211 Genève 14- v.01.2026

EDS : _____

N° Ticket : _____

Veuillez SVP répondre aux questions suivantes :

visa

J'ai de la fièvre

Oui Non

☐ ☐

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'allait

☐ ☐

③

PAIEMENT A LA SORTIE !!! - VEUILLEZ 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 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 | 80 | | 70 | Fièvre jaune | | | | 30 | Poliomyélite | | | | 10 | Prise de sang | |
| CS 2 | 60 | | | | | | | 15 | Diph.-Tétanos-Polio | | | | | | |
| CS 3 | 40 | | 55 | Hépatite A | | | | 40 | Di-Te-Per (coqu.) | | | | 85 | Dosage Diphterie (1446.10) | |
| Long voyage CS 1 | 180 | | 45 | Hépatite A junior | | | | 45 | Di-Te-Per-Pol | | | | | Dosage Tétanos (3401.00) | |
| Long voyage CS 2 | 100 | | 45 | Hépatite B | | | | | | | | | | | |
| Long voyage CS 3 | 80 | | 45 | Hép. B junior | | | | 40 | ROR | | | | 15 | Dosage Ac Hépatite A (Ig) | |
| ~ particulières: | | | 75 | Hépatite A+B | | | | 90 | ROR-V | | | | 20 | Dosage Ac Hépatite B (anti-Hbs) | |
| Référé pour vaccin spéc. | 40 | | | | | | | | | | | | | | |
| Temps effectif (min): | | | 55 | Méningite ACWY | | | | 50 | Encéph. à tique | | | | 40 | Dosage Ac Rougeole (Ig) | |
| CS complexe | 240 | | 105 | Méningite B | | | | 50 | Encéph. à tique jun. | | | | 20 | Dosage Ac Rubéole (Ig) | |
| Ordonnance Certificat | 20 | | 90 | Rage | | | | 225 | HPV | | | | | | |
| Duplicata carnet de vacc. | 25 | | | informations transmises <input type="checkbox"/> | | | | 30 | Grippe | | | | 40 | Dosage Ac Varicelle (Ig) | |
| | | | 50 | Fièvre typhoïde (inj) | | | | 85 | Pneumocoque | | | | 90 | Dosage Quantiferon (3453.00) | |
| | | | 135 | Encéph. Jap. | | | | 65 | Varicelle | | | | | | |
| Rappels et suivi de vaccination: | | | 130 | Fièvre Dengue | | | | | ATCDs de maladie <input type="checkbox"/> / sérologie positive <input type="checkbox"/> | | | | | Dosage Ac (autres): | |
| Prestations infirmières | 25 | | | 1er épisode confirmé <input type="checkbox"/> / AA maladie + sérologie positive <input type="checkbox"/> | | | | 185 | Zona | | | | | | |
| Démo TDR (15 min) | 55 | | 205 | Chikungunya | | | | | Autre Vaccin (nom) : | | | | 25 | Mantoux (466143) | |
| TDR 2X (492527) | 25 | | | | | | | | | | | | | | |

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: _____