

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

visa

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'allaité

 _____**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	65
CS 2	45
CS 3	30
Long voyage CS 1	140
Long voyage CS 2	80
Long voyage CS 3	65

~ particulières:

Référé pour vaccin spéc. 30

Temps effectif (min):

CS complexe 210

Ordonnance | Certificat 20

Duplicita 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
75	Fièvre jaune					30	Poliomyélite			
						30	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			
65	Méningite ACWY					50	Encéph. à tique			
105	Méningite B					50	Encéph. à tique jun.			
90	Rage					225	HPV			
	informations transmises <input type="checkbox"/>					20	Grippe			
60	Fièvre typhoïde (inj)					95	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	
7	Prise de sang
85	Dosage Diphtérie (1446.10) Dosage Tétanos (3401.00)
25	Dosage Ac Hépatite A (Ig)
25	Dosage Ac Hépatite B (anti-Hbs)
50	Dosage Ac Rougeole (Ig)
25	Dosage Ac Rubéole (Ig)
50	Dosage Ac Varicelle (Ig)
105	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 : _____