

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.08.2025

Veuillez SVP répondre aux questions suivantes :

visa

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

**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	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					Dosage Tétanos (3401.00)	
Long voyage CS 2	80		45	Hépatite B											
Long voyage CS 3	65		45	Hép. B junior				40	ROR				25	Dosage Ac Hépatite A (Ig)	
~ particulières:			75	Hépatite A+B				90	ROR-V				25	Dosage Ac Hépatite B (anti-Hbs)	
Référé pour vaccin spéc.	30														
Temps effectif (min):			65	Méningite ACWY				50	Encéph. à tique				50	Dosage Ac Rougeole (Ig)	
CS complexe	210		105	Méningite B				50	Encéph. à tique jun.				25	Dosage Ac Rubéole (Ig)	
Ordonnance   Certificat	20		90	Rage				225	HPV						
Duplicata carnet de vacc.	25			informations transmises <input type="checkbox"/>				20	Grippe				50	Dosage Ac Varicelle (Ig)	
			60	Fièvre typhoïde (inj)				95	Pneumocoque				105	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: \_\_\_\_\_