

A remplir **par le PATIENT** : (cocher ou entourer les mentions utiles)

3- ANTECEDENT(S) DE VOYAGE(S):

Avez-vous déjà ☐ Voyage et/ou ☐ Vécu en région(s) « Est » ou « Sud » du Monde ? oui / non

Si Oui, merci de renseigner le tableau ci-dessous (cochez et précisez) :

Région(s) Sud et Est du Monde	Préciser +++ Pays ou Territoire(s)	Durée cumulée totale (1 réponse par région du monde)
☐ Europe de l'Est ☐ Russie		 jours / mois/an(s)
☐ Sous-Continent Indien ☐ Océan Indien (hors DOM)	☐ Inde ☐ Pakistan ☐ Népal ☐ Sri Lanka ☐ Maurice ☐ Madagascar ☐ Comores ☐	 jours / mois/an(s)
☐ Afrique du Nord ☐ Proche et Moyen-Orient		 jours / mois/an(s)
☐ Afrique Sub-Saharienne : ☐ de l'Ouest ☐ Centrale ☐ de l'Est ☐ Australe (Sud)		 jours / mois/an(s)
☐ DOM-TOM ☐ Antilles autres		 jours / mois/an(s)
☐ Amérique Latine (hors DOM)		 jours / mois/an(s)
☐ Asie: ☐ Sud-Est ☐ Centre ☐ Pacifique (hors TOM)		 jours / mois/an(s)

4- ETAT DE SANTE

Avez-vous de la FIEVRE en ce moment ?oui / non

Pour les femmes : êtes-vous ENCEINTE ?oui / non

a) **Antécédents Médicaux Personnels = Important (entourer : préciser....) :**

Episode de Jaunisse ☐ nouveau-né ☐ enfance ☐ adulte oui / non / ne sait pas

Hépatite virale (préciser : A / B / C / E ?) : oui / non / ne sait pas

Maladie du Thymus / Thymectomie/ Myasthénie : oui / non / ne sait pas

Déficit immunitaire : Séro HIV+ / Transplanté : oui / non / ne sait pas

Cancer : oui / non / ne sait pas

Diabète : oui / non / ne sait pas

Maladie rénale : oui / non / ne sait pas

Maladie(s) du Cœur / Artérite / Hypertension Artérielle : oui / non / ne sait pas

Phlébite / Embolie Pulmonaire : oui / non / ne sait pas

Sclérose en plaques / Maladies. Neuro (ex.Epilepsie) : oui / non / ne sait pas

Anxiété/ Insomnie rebelle / Dépression / Pb Psy : oui / non / ne sait pas

Rhumatismes inflammatoires (hors arthrose) : oui / non / ne sait pas

Autres , préciser :oui / non / ne sait pas

b. **ImmunoSupresseur(s) ? ☐ antécédent(s) ☐ en cours** oui / non / ne sait pas

☐ Corticoïdes ☐ Méthotrexate ☐ Anti-TNFα (Rémicade, Enbrel, Humira,..) ☐ Chimio

Si oui, préciser Nom, dose, dates début/fin :

c) **Traitement Médical en cours** (préciser Tous les médicaments (contraceptifs compris) :

d) **Antécédents Familiaux notables: si oui Précisez, (notamment Sclérose en plaques) :**

e) **Avez-vous un antécédent d'Allergie ? (entourer les mentions utiles)**

-à l'Oeuf :oui / non / ne sait pas

-Asthme :oui / non / ne sait pas

Rhino-conjonctivite ☐ Urticaire / ☐ Edème Quincke / ☐ Choc allergiq oui / non / ne sait pas

☐ Allergie : Médicaments ☐ Aliment(s) Autre(s) oui / non / ne sait pas

Si oui, précisez à quoi :

f) **Pensez-vous avoir déjà été vacciné contre l'hépatite A (voyage) ?..... oui / non / ne sait pas** (différent du vaccin hépatite B +++). Si possible, préciser: Havrix Avaxim Vaqta Twinrix

5- QUIZZ PERCEPTION DES RISQUES : (entourer votre choix)

Pour vous, quel est LE principal risque lié à votre voyage ? Diarrhée / Paludisme / Insécurité

Quel(s) mode(s) de transmission pour le paludisme ? Hygiène / Moustique / Soleil / Pluie

Quel est LE mode de transmission de l'Hépatite A ? Péril fécal et alimentaire /Sexuel /Salivaire /Transfusion

Les réponses à ce questionnaire sont exclusivement destinées à des fins médicales et de recherche. Certaines informations codées peuvent faire l'objet d'une exploitation statistique anonyme. Vous disposez d'un droit d'accès qui s'exerce auprès du médecin chef de service. **signature patient** :

à remplir **par le MEDECIN +++ :**

VACCINS (ou IMMUNISATION) A JOUR CONTRE :

Tétanos : oui / non / ne sait pas

Polio : oui / non / ne sait pas

Hépatite B :oui / non / ne sait pas

Fièvre jaune : ..Date dernier : /...../.....oui / non / ne sait pas

Hépatite A :Date dernier : /...../.....(inj 1 / 2/ Naturel) oui / non / ne sait pas

Typhoïde :Date dernier : /...../.....oui / non / ne sait pas

Méningite A+C : oui / non / ne sait pas

Méningite A+C+Y+W135 : oui / non / ne sait pas

Rougeole : ...Date dernier : /...../.....(inj 1 / 2/ Naturel).....oui / non / ne sait pas

Autres, préciser : Grippe / Rage / Encéphalite Japonaise /

Pour les jeunes enfants :

BCG : oui / non / ne sait pas

Pneumo enfant :oui / non / ne sait pas

NOTE MEDICALE :

Doit réfléchir pour (cochez) : ☐ DTP ☐ VHA ☐ TYPH ☐ FJ ☐ AC/ YW135 ☐ RAG ☐ EJ ☐ Autre:...

Refus patient malgré conseil médical (cochez + signature patient) : ☐ Hépatite A :

☐ Typhoïde :☐ Fièvre Jaune :☐ Méningo :☐ Rage :

☐ Encéphalite Japonaise :☐ Tétanos-Polio :☐ Antipaludique :

.....

.....

.....

.....

.....

.....