# CENTRE DE VACCINATIONS INTERNATIONALES
## Centre Hospitalier de Denain

Vous avez Rendez-Vous le: / / 201 à h

***Merci de bien vouloir remplir ce questionnaire :***

Nom : Prénom:

Date de naissance: / / Poids:

Lieu de naissance : ☐ France ☐ Étranger :

Destination : PAYS : Ville :

Du: / /201 Au: / /201

Type de séjour : Hôtel ☐ Circuit ☐ (prenez avec vous votre itinéraire) Humanitaire ☐
Chez l'habitant ☐ Autre ☐ :

Couchage : Chambre avec climatisation ☐ Lit avec moustiquaire ☐

Moyen de transport : Bâteau ☐ Avion ☐

Faites-vous une (des) escales ? Non ☐ Oui ☐ → Où : .....

Allez-vous faire des excursions ? : Non ☐ Oui ☐ (rapporter votre programme)

*Notez tous les médicaments que vous prenez :*

- - -
- - -
- - -

| ***Etat des vaccinations:*** | **Date de la dernière injection** | **Réactions particulières** | **N'a jamais été faite** |
|---|---|---|---|
| Diphtérie/Tétanos/Polio: | | | |
| Coqueluche: | | | |
| Rougeole-Oreillons-Rubéole: | | | |
| Tuberculose: | | | |
| Hépatite A: | | | |
| Hépatite B: | | | |
| Méningite à méningocoque: | | | |
| Typhoïde: | | | |
| Fièvre jaune: | | | |
| Rage: | | | |
| Encéphalite japonaise: | | | |
| Grippe saisonnière | | | |

# CENTRE DE VACCINATIONS INTERNATIONALES
## Centre Hospitalier de Denain

| | oui | non |
|---|---|---|
| **Avez-vous vécu en dehors de l'Europe ?** | | |
| → Dans quel(s) pays ? : | | |
| → Combien de temps ? : | | |
| → Depuis combien de temps vivez-vous en France ? : | | |
| **Avez-vous déjà voyagé en dehors de l'Europe ?** | | |
| → Afrique ? | | |
| → Amérique du Sud ? | | |
| → Asie ? | | |
| → Autre ? : | | |
| **Avez-vous déjà fait le paludisme ?** | | |
| → En quelle année ? : | | |
| **Avez-vous déjà pris des médicaments contre le paludisme ?** | | |
| → le(s)quel(s) ? : | | |
| → Le(s) avez-vous bien supporté(s) ? | | |
| **Avez-vous déjà eu une maladie parasitaire ou "exotique"** | | |
| → La(les)quelle(s) ?: | | |
| **Prenez-vous de la cortisone ?** | | |
| **Prenez-vous / Avez-vous déjà pris des immunosuppresseurs ?** | | |
| → Lesquels ? : | | |
| → Sont-ils arrêtés ? | | |
| → Depuis quand ? : | | |
| **Avez-vous eu de la fièvre au cours des 5 derniers jours ?** | | |
| **Avez-vous fait une infection le mois dernier ?** | | |
| **Avez-vous reçu un vaccin au cours du mois dernier ?** | | |
| → | | |
| **Etes vous enceinte ? ( Date des dernières règles : )** | | |
| **Prenez-vous une contraception ?** | | |
| **Êtes-vous allergique à l'oeuf ?** | | |
| **Avez-vous d'autres allergies ?** | | |

**CENTRE DE VACCINATIONS INTERNATIONALES**
**Centre Hospitalier de Denain**