

Consultation pré-voyage

Date : _____

Nom : _____

Prénom : _____

Date de naissance : _____

Adresse : _____

Téléphone : _____

Histoire médicale :

Antécédents médicaux ;

Maladies cardiovasculaires : _____

Maladies respiratoires : _____

Diabète : _____

Maladies auto-immunes (arthrite rhumatoïde, maladie de Crohn, etc...) : _____

Immunosuppression (médication, VIH, etc...) : _____

Conditions psychiatriques ou neurologiques : _____

Cancer : _____

Clientèle particulières (enfant, femme enceinte, voyageur âgé) : _____

Habitudes de vie (sport, alcool, drogue, tatouage, travail) : _____

Antécédents vaccinaux; _____

Médication actuelle : _____

Allergies (type) : _____

Informations détaillées sur le voyage :

Date du départ : _____

Destination (itinéraire détaillé): _____

Durée : _____

But du voyage : (ex : tourisme, voyage d'affaires, etc...)_____

Conditions du séjour : (ex : hôtel, famille, rural, station balnéaire, etc...)_____

Activités particulières : (ex : croisière, plongée, moto, altitude, etc...)_____

Assurances voyages : _____

Vaccins à prévoir : _____

Dates de R-V : _____
