

No Dossier	
------------	--

Date : _____ / _____ / _____

No d'assurance maladie : _____

Date d'expiration : _____

Nom : _____

Après avoir reçu un vaccin, vous devez attendre 15 minutes avant de quitter la clinique

RENSEIGNEMENTS SUR LE CLIENT (À compléter par le voyageur)

Les vaccins et les autres recommandations de voyage seront adaptés à vos besoins selon vos réponses

Date de naissance : / / (AAAA/MM/JJ) Sexe : Féminin Masculin Poids (si < 18 ans) :

Adresse :

Ville : _____ CP : _____

Tél. domicile : _____ Mobile : _____

Tél. Travail : _____ Poste : _____

Email :

Nom du père :

Nom de la mère :

En cas d'urgence : _____ Tél : _____ Lien : _____

RENSEIGNEMENTS MÉDICAUX (Ces renseignements ne seront pas divulgués à votre employeur)

Avez-vous actuellement de la fièvre ou une infection? Oui Non

Avez-vous (ou déjà eu) une des conditions médicales suivantes? Aucune condition médicale

Épilepsie ou convulsion Troubles cardiovasculaires Dépression / anxiété

Psoriasis Maladie du thymus Diabète

Difficultés respiratoires Maladie du foie Troubles de la coagulation

Maladie inflammatoire de l'intestin Immunodéficience? (Cancer, VIH, Cortisone, greffe)

Condition médicale chronique : _____ Autre : _____

Prenez-vous des médicaments ? Non Oui, lesquels?

Pour quelle (s) condition(s) médicale(s)?

Avez-vous des allergies? Aucune allergie Œufs (décrire)

Aliments (décrire) Formaldéhyde ou phénol Latex

Thimérosal ou aluminium Piqûre de guêpes/insectes Autre :

Antibiotiques (néomycine, pénicilline, tétracycline, sulfamide, sulfamycine, bactrim, sepra)

IMMUNISATIONS

Avez-vous reçu des vaccins en bas âge? Oui Non Au cours des 10 dernières années? Oui Non

Avez-vous déjà eu des effets secondaires suite à un vaccin? Oui Non Décrire :

FEMMES SEULEMENT

Êtes-vous enceinte? Oui Non Ne sais pas

Prévoyez-vous devenir enceinte dans les 3 prochains mois? Oui Non

Avez-vous des inquiétudes concernant vos règles durant votre voyage? Oui Non

VOYAGE

Destination(s) :

Escale(s) :

Date du départ :

Durée du voyage :

Quel est le but du voyage?

Où allez-vous demeurer ?

Voyagez-vous accompagné? Seul Couple Groupe Famille Ami(e)s

Quelles sont les activités prévues?

DÉCLARATION

Je déclare que toute l'information divulguée dans ce formulaire est juste et précise et est complété au meilleur de mes Connaissances et je comprends qu'une fausse déclaration pourrait être nuisible pour ma santé.

Par la présente, j'autorise Intermed Groupe Santé et son personnel médical à procéder aux immunisations requises.

Signature du client: _____ Date : _____
(parent ou tuteur si < 14 ans)

Signature de l'infirmier (ère) : _____ Date : _____

NOTES

- Tous les vaccins peuvent provoquer des effets secondaires :
Une réaction allergique, de la fièvre, de la douleur, une rougeur et/ou une enflure au site d'injection.



Comment avez-vous entendu parler de nous?

- Médecin
 Pharmacie : _____
 Journaux
 Internet
 Agence de voyage : _____
 Radio
 CLSC
 Autre : _____