

Questionnaire pour la consultation de médecine des voyages

Nom de famille		Prénom	
Tuteur légal, Nom de famille, prénom et date de naissance			
Date de naissance		État civil	
Rue + numéro		Code postal / ville	
Numéro de téléphone privé		Mobile	
Téléphone professionnel		Email:	
Profession		Médecin de famille	
Assurance santé			
AHV Nr:		Numéro de Carte d'assurance	
Destination			
Durée du voyage de		Jusqu'à	
Type de vacances / voyage / travail : (hôtel, sac à dos, trek, voyage en groupe)			
Avez-vous eu de la fièvre ou une maladie infectieuse pendant les 7 jours passé? (grippe etc.)		<input type="checkbox"/> Oui	<input type="checkbox"/> Non
Êtes-vous actuellement en traitement médical? Si oui, pourquoi?		<input type="checkbox"/> Oui	<input type="checkbox"/> Non
Prenez-vous des médicaments? Si oui, lesquels? En particulier, des médicaments pour éclaircir le sang (y compris l'aspirine), des immunosuppresseurs (cortisone et similaires), des antibiotiques ou des médicaments pour la contraception.		<input type="checkbox"/> Oui	<input type="checkbox"/> Non
Avez-vous des allergies ou d'autres intolérances? (allergie médicamenteuse / alimentaire / œuf) Si oui, lesquelles?		<input type="checkbox"/> Oui	<input type="checkbox"/> Non

Avez-vous déjà eu une hépatite (jaunisse, inflammation du foie)?	<input type="checkbox"/> Oui	<input type="checkbox"/> Non
Souffrez-vous ou avez-vous souffert de crises d'épilepsie?	<input type="checkbox"/> Oui	<input type="checkbox"/> Non
Souffrez-vous ou avez-vous souffert de maladies psychiatriques ou d'autres maladies ? Si oui, laquelle?	<input type="checkbox"/> Oui	<input type="checkbox"/> Non
Avez-vous eu des complications après des vaccinations ? Si oui, lesquelles?	<input type="checkbox"/> Oui	<input type="checkbox"/> Non
Pour femme. Êtes-vous enceinte? Ou envisagez-vous actuellement de devenir enceinte?	<input type="checkbox"/> Oui enceinte <input type="checkbox"/> Oui, prévu	<input type="checkbox"/> Non

Si vous souffrez d'une maladie ou avez suivi un traitement susceptible d'altérer les défenses immunitaires de votre organisme, comme le VIH, une chimiothérapie, etc., veuillez m'en informer lors de la consultation médicale.

Tous les vaccins recommandés sont en principe très bien tolérés. Pour tous les vaccins actifs injectés, un gonflement et des douleurs peuvent apparaître (chez environ 10% des personnes vaccinées) un à plusieurs jours après la vaccination à l'endroit de la vaccination, parfois accompagnés d'un peu de fièvre. Le traitement consiste en des compresses rafraîchissantes et, si nécessaire, de l'aspirine ou du Panadol. Des réactions plus prononcées (fièvre plus élevée, démangeaisons généralisées) sont extrêmement rares. En cas de suspicion de réactions vaccinales plus fortes, consultez votre médecin généraliste ou adressez-vous à nous.

Les conseils aux voyageurs sont payés directement après la consultation, en espèces ou par Ec /carte de crédit au cabinet. Il y a quelques vaccins qui sont pris en charge par la caisse d'assurance maladie (par ex. ROR, FSME, hépatite B). Dans ce cas, nous enverrons ces vaccins directement à votre caisse d'assurance maladie.

Ne s'applique qu'aux femmes :

Par ma signature, je confirme que je suis consciente que pendant et après la prise de médicaments antipaludéens : Malarone/AtovaquonPlus® et Riamet® pendant 4 semaines après la dernière prise de comprimés et après une vaccination contre la fièvre jaune, ainsi qu'après une vaccination contre la rougeole/les oreillons/la rubéole et la varicelle pendant 4 semaines, des mesures contraceptives doivent être prises concernant une grossesse.

Frais en cas de retard de paiement : frais de traitement (au plus tôt à partir du 70e jour après la date de facturation..., lors de la remise à Inkasso Med AG) en fonction du montant de la créance, montant maximal en CHF : 50 (jusqu'à 20) ; 70 (jusqu'à 50) ; 100 (jusqu'à 100) ; 120 (jusqu'à 150) ; 149 (jusqu'à 250) ; 195 (jusqu'à 500) ; 308 (jusqu'à 1'500) ; 448 (jusqu'à 3'000) ; 1'100 (jusqu'à 10'000) ; 1'510 (jusqu'à 20'000) ; 2'658 (jusqu'à 50'000) ; 6% de la créance (dès 50'000).

Je confirme l'exactitude des informations ci-dessus.

Lieu: _____

Date : _____

Signature: _____