



WWW.HIS-IZZ.BE | 02/432.81.28

Hôpitaux Iris Sud | HIS



## QUESTIONNAIRE

À REMPLIR AVANT LA CONSULTATION ET À EMMENER AVEC VOUS. VEUILLEZ VOUS MUNIR DE VOTRE CARTE DE VACCINATION SVP.

DATE: ...../...../..... Nom de votre Médecin généraliste : .....

NOM : ..... Date de naissance : ...../...../.....

Quels pays comptez-vous visiter?

- ..... Durée : .....  
- ..... Durée : .....  
- ..... Durée : .....

Quelle est la date du départ? ...../...../..... Et de retour? ...../...../.....

Voyagerez-vous:  seul  en famille  en groupe  avec une organisation

Quel type de voyage?  affaires  tourisme  visite de famille  
 aventureux/logement chez l'habitant  vivre/travailler/stage  .....

Activités particulières ? (plongée, escalade, haute montagne...) .....

Avez-vous déjà voyagé dans des pays tropicaux ? Lesquels ? .....

Avez-vous l'intention de voyager souvent dans le futur ? .....

Etes-vous allergique? (= éruption cutanée, gonflement bouche/gorge, problèmes respiratoires)

à certains médicaments  à certains vaccins  aux œufs  au latex

A quels médicaments/vaccins? .....

Etes-vous enceinte? Oui / Non Prenez-vous la pilule? Oui / Non

Allaitez-vous? Oui / Non

Envisagez-vous une grossesse dans les 3 mois suivant votre voyage? Oui / Non

Souffrez-vous d'une maladie chronique ou sévère ? .....

Problème de Thymus ? ..... Avez-vous toujours votre rate ? Oui / Non

Avez-vous déjà été opéré ? De quoi? .....

Avez-vous eu une transplantation ? Oui / Non Avez-vous le SIDA/VIH? Oui / Non

Souffrez-vous d'épilepsie, dépression, angoisse, ou d'autres problèmes psychiques?  
.....

**BARON LAMBERT**

38 RUE BARON LAMBERT  
1040 ETTERBEEK

**JOSEPH BRACOPS**

79 RUE DR HUET  
1070 ANDERLECHT

**ETTERBEEK-IXELLES**

63 RUE JEAN PAQUOT  
1050 IXELLES

**MOLIÈRE LONGCHAMP**

142 RUE MARCONI  
1190 FOREST



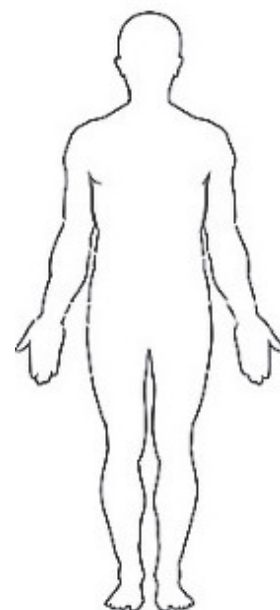
WWW.HIS-IZZ.BE | 02/432.81.28

**Prenez-vous des médicaments ? Lesquels ?**

- Pour l'estomac ? .....
- Pour le cœur ? .....
- Pour les poumons ? .....
- Pour fluidifier le sang ? .....
- Pour le psoriasis ? Eczéma ? Rhumatisme ? .....
- Cortisone ? Ou d'autres médicaments immunosuppresseurs ?.....

**Quand avez-vous été vacciné pour la dernière fois:**

- Fièvre jaune ...../...../.....
- Fièvre typhoïde ...../...../.....
- Tétanos/Diphtérie ...../...../.....
- Polio ...../...../.....
- Rougeole/Rubéole/Oreillons ...../...../.....
- Hépatite A ...../...../.....
  - 1  2  (3) injections reçues
- Hépatite B ...../...../.....
  - 1  2  3  (4) injections reçues
- Méningocoques ACWY ...../...../.....
- Rage ...../...../.....
- Encéphalite japonaise ...../...../.....
- Encéphalite à Tiques ...../...../.....
- Covid-19 ...../...../.....
  - 1  2  3  (4) injections reçues
- Variole du singe ...../...../.....



**Avez-vous eu :**

- La jaunisse (Hépatite A)? Oui / Non
- Avez-vous eu la rougeole ? Oui / Non

**Check List : (à remplir par le médecin)**

- Médecin Traitant
- Malaria :
  - Atova/proguanil
  - Doxy
  - Mefloquine
  - Aucune/ Mesures générales
  - Traitement à la demande :
- Dysenterie :
  - Azithro
  - Quinolone
- Fascicules :
  - Diarrhée
  - Malaria
  - Altitude
  - Application Wanda
  - Autres : .....

Remarques :

Cachet Médecin :