

Questionnaire d'évaluation santé-voyage : partie 3 de 3

Évaluation et vaccination

(à compléter par le professionnel de la santé)

Date de la rencontre : _____

Nom : _____	Prénom : _____
RAMQ : _____	
Contact en cas d'urgence (si pertinent): _____	
Téléphone : _____	Lien : _____

Vaccins

	Oui	Non
Le patient a-t-il reçu des vaccins dans les 4 dernières semaines?		
Le patient est-il vacciné contre la COVID-19?		

Renseignements médicaux

Vaccination de base à jour : Oui Non

Compléter tableau de la page suivante

Allergies et contre-indications aux vaccins

Immunisation et autorisations

Consentement verbal :

du patient

du parent

du titulaire de l'autorité parentale

Formulaire de consentement pour le vaccin contre la fièvre jaune
disponible sur le site Web de l'INSPQ :

https://www.inspq.qc.ca/sites/default/files/sante-voyage/consentement_vaccination_fievre_jaune.pdf

Liste des vaccins administrés

Maladie	Doses reçues antérieurement et dates	Date du jour	Nom commercial	Lot	Dose	Voie	Site	À jour (o/n)	Refus (R)	Initiales
Choléra/ETEC										
COVID-19										
Coqueluche-Diphtérie-Tétanos										
Diphtérie-Tétanos										
Encéphalite japonaise										
Fièvre jaune										
H. influenzae type b										
Hépatite A										
Hépatite B										
Hépatite A et B										
Influenza										
Méningocoque ACWY										
Méningocoque B										
Méningocoque C										
Pneumocoque conjugué										
Pneumocoque polysaccharidique										
Poliomyélite										
Rage										
Rotavirus										
Rougeole-rubéole-oreillons										
Typhoïde										
Varicelle										
Variole et mpox										
Virus du papillome humain										
Zona										

Notes d'évolution du professionnel :

Signature _____ Date : _____

TCT (si indiqué, voir la section [Dépistage de la tuberculose](#) du Guide d'intervention santé voyage)

	Date du test	Date de lecture	Résultat du TCT (en mm)
TCT antérieur 1			
TCT antérieur 2			
Pré-voyage			
1 ^{er} test			
2 ^e test			
Post-voyage			
Test 8 semaines au minimum après le retour			

CONCLUSION

Référer à : _____

Où :

Clinique santé voyage spécialisée _____

Médecin traitant _____

Spécialiste traitant _____

Pharmacien _____

CLSC _____

Raison(s) :

Évaluation complète

Altitude

Vaccination : _____

Tuberculose à éliminer

Autres prescriptions : _____

Autres : _____

NB : Ceci est un questionnaire à titre indicatif. La séquence peut être modifiée selon votre jugement clinique et vos méthodes de travail. Il ne se veut pas exhaustif.