

CENTRE HOSPITALIER UNIVERSITAIRE

Place du Professeur Robert Debré 30029 NIMES CEDEX 9

CENTRE DE VACCINATIONS INTERNATIONALES

CONSEILS AUX VOYAGEURS

PAVILLON 3 – 3^{ème} étage

FICHE DE RENSEIGNEMENTS

n° de fiche

A remplir avant la consultation

Etat civil

Nom usuel Nom de jeune fille Prénom

Date de naissance Téléphone

Adresse

Code postal Ville

Voyage

Pays visité du au

Conditions d'hébergement :

Hôtel

Ville

Chez l'habitant

Rural

Autre

Type de voyage :

Loisirs

Professionnel

Humanitaire

Dossier médical

Maladies habituelles ?

Traitement habituel ?

Fièvre dans les 3 jours précédant cette consultation ? Oui Non

Prise de corticoïdes ou immunosuppresseurs dans le mois précédent? Oui Non

Allergies ? A quoi ?

Si vous êtes une femme

Date des dernières règles :/...../.....

Risque de grossesse ? Oui Non car contraception ménopause

Je soussigné(e), M/Mme, reconnaît l'exactitude des renseignements apportés ci-dessus

Signature

Dr Catherine LECHICHE

catherine.lechiche@chu-nimes.fr

Dr Laurence LACHAUD

laurence.lachaud@chu-nimes.fr

Dr Claudine BARBUAT

claudine.barbuat@chu-nimes.fr

SECRETARIAT

Tél. : 04 66 68 42 11

Fax. : 04 66 68 40 21

smit@chu-nimes.fr