

À COMPLÉTER PAR LE MÉDECIN RÉFÉRANT PUIS FAXER**Vaccination Santé Voyage****PATIENT**

Nom :

Prénom :

Date de naissance :

Vaccins d'immunisation

Liste des maladies

<input type="checkbox"/>	Coqueluche	<input type="checkbox"/>	Oreillons
<input type="checkbox"/>	Diphtérie	<input type="checkbox"/>	Poliomyélite
<input type="checkbox"/>	Encéphalite japonaise	<input type="checkbox"/>	Rage
<input type="checkbox"/>	Fièvre Jaune	<input type="checkbox"/>	Rougeole
<input type="checkbox"/>	Gastro-entérites à rotavirus	<input type="checkbox"/>	Rubéole
<input type="checkbox"/>	Grippe (influenza)	<input type="checkbox"/>	Tétanos
<input type="checkbox"/>	Hépatite A et hépatite B	<input type="checkbox"/>	Varicelle
<input type="checkbox"/>	Infections à méningocoque	<input type="checkbox"/>	Zona
<input type="checkbox"/>	Infections à pneumocoque	<input type="checkbox"/>	VPH (Infections par les virus du papillome humain)
<input type="checkbox"/>	Infections graves à <i>Hæmophilus influenzae</i> de type B (Hib)		

Vaccins de voyage

- paye _____
 paye _____
 paye _____

Note : _____

Signature médecin : _____

Pour vous servir

1875, rue Maurice-Gauvin, local 103,
Laval (Québec), H7S 2M5
T: (579) 640 1881, F: (579) 640 1981