

Gegevensformulier TRAVEL CLINIC

Uw reis

- ▶ Bestemming(en): Doorreisland:.....
- ▶ Datum van vertrek: Duur van de reis:
- ▶ Welke soort reis gaat u maken?
 - Toeristische reis
 - Zakenreis
 - Wonen, langdurig werken
 - Avontuurlijke reis
 - Familie- of vriendenbezoek
 - Andere:
- ▶ Plant u speciale activiteiten bv. fietsen, langdurige trekkings, speleologie, ontwikkelingshulp?

Uw vaccinaties

Kruis aan welke van onderstaande vaccinaties u ooit heeft gehad:

- Tetanus (klem): datum laatste vaccin:
 - Poliovaccin na de leeftijd van 15 jaar:
 - Gele koorts: datum laatste vaccin:
- Werd gele koorts vaccin toegediend tijdens zwangerschap, onder de leeftijd van 9 maanden, met een interval < 4 weken met mazelenvaccinatie of in een periode van verminderde immuniteit (door medicatie of ziekte)? ja neen
- Hepatitis A (HAVRIX® | EPAXAL® | VAQTA® | TWINRIX®)
datum 1^{ste} vaccin:/...../..... | 2^{de}:/...../..... | 3^{de}:/...../.....
 - Hepatitis B (ENGERIX® | FENDRIX® | HBVAXPRO® | TWINRIX®)
datum 1^{ste} vaccin:/...../..... | 2^{de}:/...../..... | 3^{de}:/...../.....
 - Buiktyfus: datum laatste vaccin:
 - Andere reisvaccins:

Uw gezondheid

Bent u in behandeling (geweest) voor één van onderstaande aandoeningen?

- Aandoeningen van de bloedvaten (bv. diep veneuze trombose, longembolen) ja neen
 - Reumatische ziekte of auto-immuunziekte ja neen
 - Lever- of nierfunctiebeperking ja neen
 - Neurologische aandoeningen (bv. migraine, epilepsie)..... ja neen
 - Psychische aandoeningen (bv. depressie, neurose, psychose) ja neen
 - Diabetes (suikerziekte) ja neen
 - Psoriasis ja neen
 - Ziekte van de thymus (bv. thymoom of thymectomie oww. thymoom) ja neen
- Werd u recent (< 4 weken geleden) geopereerd? ja neen
- Heeft u ooit geelzucht (hepatitis) gehad? ja neen
- Bent u **allergisch** voor eieren, geneesmiddelen, vaccins of bepaalde componenten ervan? ja neen
- Zo ja, specificeer waarvoor:

Neemt u medicatie? ja neen

medicatie die de immuniteit onderdrukt bv. voor een transplantatie of voor de behandeling van inflammatoire darmaandoeningen (Crohn, Colitis ulcerosa), psoriasis, een reumatische ziekte of een andere auto-immuun ziekte zoals corticoiden (vb MEDROL®, triamcinolon, KENACORT®, dexamethason), Azatioprine (IMURAN®), methotrexaat (LEDERTREXAAT®), HUMIRA®, REMICADE®, ENBREL®, ...

Bloedverdunners (bv. MARCOUMAR®, SINTROM®, XARELTO®, ELIQUIS®, ...)

Maagzuurremmers (omeprazol, esomeprazole (bv. NEXIAM®), pantoprazol, (bv. PANTOMED®))

Vul hier al uw medicijnen in:

.....
.....

Voor vrouwen:

- Bent u zwanger of is er een zwangerschapswens? ja neen
- Geeft u borstvoeding? ja neen