



# VRAGENLIJST REISGENEESKUNDE (TRAVEL CLINIC)

In te vullen vóór uw consult en aan de arts te overhandigen.

**BELANGRIJK:** Neem uw vaccinatiekaart of -boekje mee.

Vandaag is het: ...../...../20....

Uw huisarts: .....



## UW REIS

Vertrekdatum: ...../...../20...

Terugkomstdatum: ...../...../20...

### Te bezoeken landen en regio's:

Land 1 : \_\_\_\_\_ Duur:

Land 2 : \_\_\_\_\_ Duur:

Land 3 : \_\_\_\_\_ Duur:

**Bent u van plan om in de toekomst vaak te reizen?**  Ja |  Nee

**Heeft u al eens naar tropische landen gereisd?**  
 Nee |  Ja (Welke: \_\_\_\_\_)

### Reiswijze:

Alleen |  In een groep |  Met het gezin

Met een reisorganisatie

### Soort verblijf:

Toerisme / Hotel / Club

Avontuur / Backpacken / Verblijf bij een gastgezin

Bezoek aan familie of naasten

Humanitair / Professioneel / Stage / Emigratie

### Specifieke geplande activiteiten:

Duiken

Klimmen

Hooggebergte (>2500 m)

Trekking

## UW GEZONDHEIDSTOESTAND

### Heeft u ALLERGIEËN?

(Huiduitslag, zwelling, ademhalingsmoeilijkheden)

Nee |  Ja :

Eieren |  Latex |  Vaccins |

Medicijnen (Geef aan: \_\_\_\_\_)

### Voor vrouwen:

Bent u zwanger?

Ja |  Nee

Geeft u borstvoeding?  Ja |  Nee

Gebruikt u de pil?  Ja |  Nee

Bent u van plan om binnen 3 maanden na de reis zwanger te worden?  Ja |  Nee

Lijdt u aan een chronische of ernstige ziekte?  
-----  
-----

Heeft u nog steeds uw milt?

Ja |  Nee

Heeft u een probleem met de thymus?

Ja |  Nee

Heeft u ooit een orgaantransplantatie ondergaan?

Ja |  Nee

Heeft u HIV/AIDS?

Ja |  Nee

Bent u ooit geopereerd?  Nee |  Ja

Ja : \_\_\_\_\_

Lijdt u aan epilepsie, depressie, angst of psychische stoornissen?  
-----  
-----



## LOPENDE BEHANDELINGEN EN MEDICIJNEN

Gebruikt u momenteel medicijnen voor:

De maag? \_\_\_\_\_

Het hart? \_\_\_\_\_

De longen? \_\_\_\_\_

Bloedverdunding? \_\_\_\_\_

asis / Eczeem / Reuma?

\_\_\_\_\_

Cortison of een immunosuppressiva / biologische therapie?

\_\_\_\_\_

Details van uw huidige behandeling:

1. \_\_\_\_\_

2. \_\_\_\_\_

3. \_\_\_\_\_

4. \_\_\_\_\_



## UW VACCINATIEGESCHIEDENIS & ZIEKTEN

Heeft u ooit last gehad van:

Geelzucht / Hepatitis A?  Ja |  Nee |

De mazelen?  Ja |  Nee

Geef de datum aan van uw LAATSTE injectie voor de volgende vaccins:

VACCINATIES	DATUM (OF JAAR)	AANTAL ONTVANGEN DOSES (INDIEN BEKEND)
Tetanus / Difterie / Polio		
Hepatitis A (geelzucht)		<input type="checkbox"/> 1 dosis <input type="checkbox"/> 2 doses <input type="checkbox"/> 3 doses
Hepatitis B		<input type="checkbox"/> 1 dosis <input type="checkbox"/> 2 doses <input type="checkbox"/> 3 doses <input type="checkbox"/> 4 doses
Gele koorts		
Buiktyfus		
Mazelen / Rodehond / Bof (MMR)		
Meningokokken ACWY		
Hondsdolheid		
Japanse encefalitis		
Tekenencefalitis (FSME)		
Covid-19		
Mpox (aappokken))		



## MEDISCHE CHECKLIST (IN TE VULLEN DOOR DE ARTS)

Vak uitsluitend bestemd voor gebruik door de arts

### 1. Malariaprofylaxe:

- Atovaquone/proguanil
- Doxycycline
- Mefloquine
- Geen specifieke maatregelen

### 2. Vandaag toegediende vaccins:

- |   |   |   |
|---|---|---|
| <input type="checkbox"/> STAMARIL       | <input type="checkbox"/> TYPHIM         | <input type="checkbox"/> RABIPUR        |
| <input type="checkbox"/> AVAXIM         | <input type="checkbox"/> REVAXIS        | <input type="checkbox"/> VAQTA JUNIOR   |
| <input type="checkbox"/> BOOSTRIX       | <input type="checkbox"/> FSME-IMMUN     | <input type="checkbox"/> ENGERIX        |
| <input type="checkbox"/> BOOSTRIX POLIO | <input type="checkbox"/> FSME-IMMUN JUN | <input type="checkbox"/> ENGERIX JUN    |
| <input type="checkbox"/> POLIO          | <input type="checkbox"/> IMOVAX POLIO   | <input type="checkbox"/> TWINRIX        |
| <input type="checkbox"/> NIMENRIX       | <input type="checkbox"/> IXIARO         | <input type="checkbox"/> TWINRIX JUNIOR |
| <input type="checkbox"/> QDENGGA        | <input type="checkbox"/> IXCHIQ         |   |

Overige: \_\_\_\_\_

### 3. Overhandigde patiëntenformulieren & gegeven adviezen:

- Malaria / PPAV
- Diarree / Fecaal gevaar  Hoogte
- Hondsdolheid / Zoonosen
- Reisapotheek
- Behandeling op verzoek (Stand-by)

### 4. Voorschrift Dysenterie / Ernstige diarree:

- Azithromycine
- Ofloxacin (bij allergie voor macroliden)
- Loperamide