



coop de solidarité
SANTÉ LA PRAIRIE

FICHE DE LIAISON POUR LE MÉDECIN TRAITANT

Nom: _____ Prénom: _____ Sexe: M F

Téléphone: _____ Adresse: _____

Date de naissance: _____ RAMQ: _____
jj/mm/aaaa

Bonjour, j'ai vu votre patient(e), en date du _____ en consultation à la clinique de santé voyage de la
Coop de Solidarité Santé La Prairie. jj/mm/aaaa

J'ai fait les interventions suivantes:

Vaccination contre:
(voir carnet)

- Hépatite A
- Hépatite B
- Diphtérie Tétanos
- Coqueluche
- Rougeole Rubéole Oreillons
- Poliomyélite
- Pneumonie:
 - Prevnar
 - Pneumo 23
 - Synflorix

Méningite:

- C
- B
- ACYW135

Typhoïde

- Haemophilus Influenzae de type B
- Fièvre jaune
- Diarrhée des voyageurs / Choléra
- Encéphalite japonaise
- Autre: _____

- Rage
- Zona
- Grippe
- Rotavirus
- Varicelle
- VPH

Épreuve TCT Résultat: _____

Prescription préventive contre la malaria
(feuille(s) explicative(s) remise(s) à votre patient(e))

- Chloroquine (Alaren®)
- Hydrochloroquine (Plaquenil®)
- Atovaquone proguanil (Malarone®)

Prescription d'antibiotique à prendre si diarrhée des voyageurs
(feuille(s) explicative(s) remise(s) à votre patient(e))

- Ciprofloxacine (Cipro®)
- Azithromycine (Zithromax®)
- Céfixime (Suprax®)

FICHE DE LIAISON POUR LE MÉDECIN TRAITANT (SUITE)

Je lui ai recommandé de vous consulter pour la raison suivante :

Des rappels de vaccination sont prévus.

Aucun rappel vaccinal nécessaire à court terme ou moyen terme.

Autres :

N'hésitez pas à me contacter.

Nom et prénom de l'infirmier(ère) : _____

No. de permis OIIQ : _____ Téléphone : **450 444-2002**

Signature : _____ Date : _____

jj/mm/aaaa