



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
- Pneumocoque:
  - Prevnar
  - Synflorix
  - Pneumovax 23

**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 : **514 627-6115**

Signature : \_\_\_\_\_ Date : \_\_\_\_\_

jj/mm/aaaa