**AIDE A LA PREVENTION DES RISQUES INFECTIEUX AVANT TRANSPLANTATION RENALE**

**NOM** :

**Prénom** : **Date de naissance** :

Date de la consultation :

Correspondants :

Poids : kg

Taille cm

Profession :

Dialyse : oui  non

Pays d’origine :

Voyages :

Prévision de voyage en pays tropical : oui  non  Pays :

Si oui, consultation spécialisée infectiologie du voyageur

ATCD d’allergies ou réactions post-vaccinales :

Traitement immunosuppresseur oui  non

Précautions pour la prescription de vaccin vivant atténué :

Arret des immunosuppresseurs ou posologie de corticoides <10mg depuis au moins 6 mois oui  non

Traitement anticoagulant : oui  non

**Prévention de la tuberculose**

Antécédent de tuberculose : oui  non

Séjour > 3 mois en pays d’endémie de tuberculose : oui  non

TDM Thorax/Rx thorax Signes TB  Pas de signes TB

IGRA : pos  neg  non fait

Arguments Tuberculose Maladie : oui  non

Traitement tuberculose latente : oui  non

Type et durée  de traitement :

Date début de traitement :

**Statut vaccinal :**

|  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- |
|  | Indication | A jour | Nom vaccin prescrit | Date prescription | Note |
| Hépatite B | oui  non | oui  non |  |  |  |
| dTPca | oui  non | oui  non |  |  |  |
| dTP | oui  non | oui  non |  |  |  |
| Pneumocoque | oui  non | oui  non |  |  |  |
| Grippe | oui  non | oui  non |  |  |  |
| Covid | oui  non | oui  non |  |  |  |
| VZV | oui  non | oui  non |  |  | Recommandations probablement modifiées en 2024 |
| HPV | oui  non | oui  non |  |  | Tout patient <19ans ou 26 ans si MSM. Discuter jusque 25-30 ans |
| Méningocoque C | oui  non | oui  non |  |  | 1 injection 1 fois dans la vie pour tout patient<24 ans |
| Méningocoque ACYW | oui  non | oui  non |  |  | Asplénie fonctionnelle ou Eculizumab |
| Méningocoque B | oui  non | oui  non |  |  | Asplénie fonctionnelle ou Eculizumab |
| HiB | oui  non | oui  non |  |  | Asplénie fonctionnelle |
| ROR | oui  non | oui  non |  |  | 2 injections au total dans la vie pour tout patient né après 1980 |
| **Spécifique à la consultation d’infectiologie** | | | | | |
| Fièvre jaune | *oui  non* | *oui  non* |  |  |  |
| Hépatite A | *oui  non* | *oui  non* |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |

**Sérologies vaccinales demandées**:

Si patient originaire de pays endémique, ajouter notamment :

-sérologie Chagas : toute l’Amérique Latine et du Sud

- sérologie bilharziose : Afrique, Moyen Orient, Egypte, Turquie, Inde, Corse

Si positive, consultation spécialisée infectiologie du voyageur

**Antécédents infectieux notables:**

**Autres risques infectieux :**

Hépatite virale chronique active pour suivi spécialisé oui  non

Infection par le VIH pour adaptation si possible ttt ARV/interactions oui  non

Sérologie anguillulose : pos  neg

Si sérologie positive, ivermectine prescrite oui  non

**Docteur XX**