



Maladies Transmissibles et Infectieuses

Laboratoire de la Rage
Centre National de Référence
Institut Scientifique de Santé Publique

Secrétariat
T 32 2 373 31 50
F 32 2 373 32 86
rage@iph.fgov.be

Ce document est disponible sur le site web

VACCINATION PRÉVENTIVE CONTRE LA RAGE

Veillez compléter les renseignements en lettre capitale. Le /les vaccin(s) sera/seront envoyé(s) par courrier à l'adresse du médecin prescripteur après réception d'un formulaire complet et le paiement des vaccins et des frais d'envois.

Date de la demande

Données concernant le patient

Nom : Prénom :
Date de naissance :
Adresse :
Téléphone :

Données concernant la vaccination

Primovaccination (envoi 3 doses)

Pour:

Raison professionnelle:

Séjour à l'étranger:

Destination: Date de départ:

Rappel

Date de la dernière vaccination:

Sérologie effectuée: oui / non Date: Résultat:

Données concernant le médecin prescripteur

Nom: Prénom:
Adresse:
Téléphone: Fax:
Signature: