

Après avoir reçu un ou des vaccins, veuillez attendre 15 minutes avant de quitter la clinique.

RENSEIGNEMENTS GÉNÉRAUX

Les vaccins, les médicaments et les autres recommandations de voyage seront adaptés à vos besoins selon vos réponses.

Nom : _____ Prénom : _____
Sexe : Masculin Féminin Date de naissance : ____ / ____ / ____
Mère : _____ Père : _____
No d'assurance maladie : _____ Expiration : _____
Adresse : _____
Ville : _____ Province : _____
Pays : _____ Code postal : _____
Téléphone (domicile) : _____ (travail) : _____
Courriel : _____ Poids (si moins de 18ans) : _____ lbs kg
Quel est votre lieu de naissance? _____ Langue maternelle : _____
Contact en cas d'urgence : _____ Téléphone : _____ Lien de parenté : _____

COLLECTE DE DONNÉES SANTÉ VOYAGE

ID CLIENT : _____



DESTINATION, ITINÉRAIRE ET DURÉE DU SÉJOUR

Indiquez tous les pays et les villes (ou régions) que vous visiterez lors de votre voyage :

Date de départ : _____ Durée du voyage : _____

ESCALE : Non Oui Dans quels pays et villes ? _____

CARACTÉRISTIQUES DES ENDROITS QUE VOUS VISITerez

Cochez tous les items qui s'appliquent à votre voyage et inscrivez la durée totale du séjour à cet endroit.

- | | | | |
|---|----------------------------------|---|-------------------|
| <input type="checkbox"/> Hôtel et plage | Durée _____ jours | <input type="checkbox"/> Zone forestière / jungle | Durée _____ jours |
| <input type="checkbox"/> Ville | Durée _____ jours | <input type="checkbox"/> Zone rizières | Durée _____ jours |
| <input type="checkbox"/> Campagne | Durée _____ jours | <input type="checkbox"/> Désert | Durée _____ jours |
| <input type="checkbox"/> Croisière | Durée _____ jours | | |
| <input type="checkbox"/> Zone montagnaise | Précisez l'altitude _____ mètres | | Durée _____ jours |

TYPES D'HÉBERGEMENT

- Hôtel, cochez la catégorie : 1 2 3 4 5 ☆
- | | | | |
|--|--|--|---|
| <input type="checkbox"/> Chez l'habitant | <input type="checkbox"/> Camping | <input type="checkbox"/> Auberge du pays | <input type="checkbox"/> Appartement ou maison privée |
| <input type="checkbox"/> Bateau de croisière | <input type="checkbox"/> Autre : _____ | | |

BUT DU VOYAGE

- | | | |
|---|--|--|
| <input type="checkbox"/> Tourisme/vacances | <input type="checkbox"/> Aventure / sac à dos (hors circuit) | <input type="checkbox"/> Adoption internationale |
| <input type="checkbox"/> Étude | <input type="checkbox"/> Visite famille/amis | <input type="checkbox"/> Motif religieux |
| <input type="checkbox"/> Affaires / Travail spécifier type de travail : _____ | | |
| <input type="checkbox"/> Coopération internationale (spécifiez l'organisme) : _____ | | |
| <input type="checkbox"/> Autre : _____ | | |

ACTIVITÉS PARTICULIÈRES

- | | | |
|--|---|--|
| <input type="checkbox"/> Donner des soins de santé | <input type="checkbox"/> Contact avec des animaux | <input type="checkbox"/> Plongée |
| <input type="checkbox"/> En nature sauvage/sports extrêmes | <input type="checkbox"/> Vétérinaires | <input type="checkbox"/> Autre : _____ |
| <input type="checkbox"/> En haute altitude/escalade | <input type="checkbox"/> Safari | |
| <input type="checkbox"/> Rafting/sports nautiques | <input type="checkbox"/> Course à pied/vélo | |

RENSEIGNEMENTS MÉDICAUX

Avez-vous (ou déjà eu) une des conditions médicales suivantes?

Antécédents médicaux	Oui	Non	Antécédents médicaux	Oui	Non
Trouble du système immunitaire (système responsable de combattre les infections) :			Troubles de coagulation (Trombophlébite, embolie pulmonaire, prise d'anticoagulants ...)		
- Leucémie, lymphome, néoplasie(cancer) :			Hypertension		
- Traitement pour cancer radio/chimiothérapie			Problèmes cardiaques (stimulateur cardiaque, arythmies, infarctus, pontage...)		
- Infection par le VIH SIDA			Problèmes circulatoires (Ex : enflure aux jambes...)		
- Prise de fortes doses de cortisone			Cholestérol		
- Greffe(s) :			Maladie rénale (reins)		
- Ablation de la rate (splénectomie)			Maladie inflammatoire de l'intestin / digestion :		
- Maladie du thymus (thymome, thymectomie, myasthénie grave)			- Brûlement d'estomac		
- Arthrite : <input type="checkbox"/> Prise de methotrexate, remecade, ou autre			- Diminution acide gastrique		
- Sclérose en plaques			- Maladie de Crohn		
Problèmes cutanés (psoriasis, eczéma, urticaire...)			- Colon irritable		
Épilepsie ou convulsion			- Colite - Diverticulite		
Diabète : <input type="checkbox"/> Non médicamenté <input type="checkbox"/> Prise de médication <input type="checkbox"/> Prise d'insuline			Maladie du foie (hépatite A-B-C..., cirrhose)		
Histoire de dépression présente ou antérieure			Problème glande thyroïde		
Anxiété, troubles anxieux			Maladies pulmonaires (asthme, tuberculose, pneumonie, ...)		
			Problèmes oculaires (rétinopathie, décollement de la rétine, cataracte, glaucome)		
			Avez-vous reçu des transfusions sanguines ou des dérivés sanguins durant la dernière année ?		

Interventions chirurgicales, maladies antérieures ou actuelles : _____

Avez-vous actuellement de la fièvre ou une infection ? Non Oui : _____

Êtes-vous allergique à l'un des produits suivants ?

- | | |
|--|---|
| <input type="checkbox"/> Aucune allergie | <input type="checkbox"/> Néomycine |
| <input type="checkbox"/> Aliments : _____ | <input type="checkbox"/> Sulfamide, Sulfamycine, Bactrim, Septra |
| <input type="checkbox"/> Oeufs | <input type="checkbox"/> Pénicilline <input type="checkbox"/> Tétracyclines |
| <input type="checkbox"/> Piqûre de guêpes / d'insectes | <input type="checkbox"/> Thimerosal ou Aluminium |
| <input type="checkbox"/> Latex <input type="checkbox"/> Gélatine | <input type="checkbox"/> Formaldéhyde ou Phénol |
| <input type="checkbox"/> Autre : _____ | <input type="checkbox"/> Je porte un épipen |

Avez-vous déjà eu des effets secondaires suite à un vaccin? Non Oui, SVP spécifier : _____

FEMME SEULEMENT

Êtes-vous enceinte?

Oui - Depuis combien de semaines : _____

Non - Prévoyez-vous devenir enceinte dans les 3 prochains mois? Oui Non

Allaitez-vous? Oui Non Avez-vous déjà fait un avortement spontané (fausse couche)? Oui Non

Prenez-vous des médicaments? Non Oui, énumérez : _____

Avez-vous déjà fait des maladies contagieuses durant l'enfance ? Non Si oui, lesquelles ?

Rougeole Rubéole Oreillons Varicelle Coqueluche

Je déclare que toute information divulguée dans ce formulaire est juste et précise et est complétée au meilleur de mes connaissances et je comprends qu'une fausse déclaration pourrait être nuisible à ma santé.

Date :

Signature :