

## QUESTIONNAIRE SANTÉ-VOYAGE

AVANT LA VISITE, chaque voyageur doit compléter ce formulaire et le présenter à la réception lors du rendez-vous.

### 1. DONNÉES DÉMOGRAPHIQUES

Date de la visite :		N° d'assurance maladie :	
Nom :		Prénom :	
Homme	Femme	Date de naissance :	
Adresse :			
Ville :		Province :	Code postal :
Téléphone (jour) :		Téléphone (soir) :	
Courriel :			
Besoin de consulter un médecin :	Oui	Non	Je ne sais pas

### 2. VOYAGE

Pays principal :		Pays secondaires :			
Raison du voyage :	Adoption	Cooperation	Etudes	Informations	Autres
	Projet	Exploration	Travail	Tourisme	
Type de voyage :	Tout inclus	Hors circuit	Mixte		
Accompagnement :	Solitaire	Couple	Groupe		
Date de départ :			Date de retour :		

### 3. RENSEIGNEMENTS COCHEZ SI CORRESPOND À VOTRE SITUATION

#### Condition

Aucune condition médicale	Épilepsie / convulsions	Immunodéficience (cancer, VIH)	Troubles cardiovasculaires
Psoriasis	Diabète	Maladie intestinale	Maladie de foie
Troubles de la coagulation	Troubles respiratoires	Maladie de Thymus	Dépression / troubles psychiatriques
Maladie rénale	Autres		

#### Médication

Anticonvulsivants	Antidépresseurs	Anticoagulants	Chimiothérapie
Radiothérapie	Stéroïdes	Immunosuppresseurs	Médicaments antiviraux
Pénicilline	Aucun médicament	Autres	

#### Allergies connues

Aucune allergie	œufs	Aliments	Guêpes / abeille
Sulfamides / sulfamycine	Tétracyclines	Formaldéhyde / phénol	Bactrim / Septra
Latex	Penicilline	Autres	

### 4. FEMMES SEULEMENT

Êtes-vous actuellement enceinte ou croyez-vous être enceinte?	Oui	Non	Je ne sais pas
Le nombre de semaines de grossesse :	Allaitiez-vous un enfant?	Oui	Non
Prévoyez-vous une grossesse d'ici 3 mois?	Oui	Non	