

Date de rendez-vous:



Questionnaire de consultation des voyageurs

Nom du patient:		D.D.N. :	yyyy-mm-jj
Pays de naissance :		Province	
Courriel :		Sexe :	F M
Date de départ :			
Durée du séjour :			
Destination(s):	<i>(pays et province / région)</i>		
Vaccins antérieur :			

*** se il vous plaît pensez à vous munir de votre carnet de vaccination avec vous à votre rendez-vous ***

CATÉGORIES DE VOYAGE

- | | |
|--|--|
| <input type="checkbox"/> Aide humanitaire | <input type="checkbox"/> Voyage aérien long courrier |
| <input type="checkbox"/> Croisière fluviale | <input type="checkbox"/> Voyage avec les enfants |
| <input type="checkbox"/> Croisière paquebot | <input type="checkbox"/> Voyage d'affaires |
| <input type="checkbox"/> Hors des sentiers battus | <input type="checkbox"/> Voyage de plongée sous-marine |
| <input type="checkbox"/> Location apt/condo | <input type="checkbox"/> Voyage an haute altitude |
| <input type="checkbox"/> Programme d'échange étudiants | <input type="checkbox"/> Voyage organisé en groupe |
| <input type="checkbox"/> Tourisme | <input type="checkbox"/> Zone hôtelière (tout inclus) |
| <input type="checkbox"/> Visite de la famille ou amis | |

ACTIVITÉS PRÉVUES

- | | | |
|---|---|---|
| <input type="checkbox"/> Bicyclette | <input type="checkbox"/> Explorations cavernes | <input type="checkbox"/> Randonnée pédestre |
| <input type="checkbox"/> Contact avec les animaux | <input type="checkbox"/> Natation | <input type="checkbox"/> Safari |
| <input type="checkbox"/> Descente de rapides | <input type="checkbox"/> Plongée en apnée | <input type="checkbox"/> Surf |
| <input type="checkbox"/> Escalade | <input type="checkbox"/> Plongée sous-marine autonome | <input type="checkbox"/> Trekkings |

SECTION POUR LA FEMME

- Êtes-vous enceinte ou prévoyez-vous le devenir bientôt Si enceinte, combine de semaines? _____

VACCINATION

- Avez-vous déjà eu une réaction allergique grave à un vaccin?
- Avez-vous déjà fait de la fièvre après un vaccin?
- Avez-vous reçu une transfusion ou des immunoglobulines dans les 12 dernier mois?
- Avez-vous tendance à vous évanouir lors de la vaccination?
- Avez-vous un problème avec votre système immunitaire?
- Êtes-vous en contact avec une personne immunosupprimé?
- Have you ever had an adverse reaction to a vaccination?

Questionnaire de consultation des voyageurs

CONDITION MÉDICALE

- | | | |
|--|---|--|
| <input type="checkbox"/> Anémie falciforme | <input type="checkbox"/> Gastrectomie | <input type="checkbox"/> Maladie du Thymus |
| <input type="checkbox"/> Anxiété | <input type="checkbox"/> Greffe d'organe ou moelle | <input type="checkbox"/> Phlébite |
| <input type="checkbox"/> Arthrite rhumatoïde | <input type="checkbox"/> Hépatite A | <input type="checkbox"/> Photosensibilité |
| <input type="checkbox"/> Cancer | <input type="checkbox"/> Hépatite B | <input type="checkbox"/> Problèmes cardiaques |
| <input type="checkbox"/> Cirrhose | <input type="checkbox"/> Hépatite C | <input type="checkbox"/> Problèmes respiratoires |
| <input type="checkbox"/> Coagulation sanguine | <input type="checkbox"/> Hypertension artérielle | <input type="checkbox"/> Psoriasis |
| <input type="checkbox"/> Colite Ulcéreuse | <input type="checkbox"/> Hypochloridrie | <input type="checkbox"/> Rétinopathie |
| <input type="checkbox"/> Côlon irritable | <input type="checkbox"/> Lupus érythémateux disséminé | <input type="checkbox"/> Rêves étranges, cauchemars |
| <input type="checkbox"/> Constipation | <input type="checkbox"/> Mal de débarquement | <input type="checkbox"/> SOR (Syndrome Oculo-respiratoire) |
| <input type="checkbox"/> Dépression | <input type="checkbox"/> Mal de mer | <input type="checkbox"/> Splénectomie |
| <input type="checkbox"/> Diabète | <input type="checkbox"/> Mal des transports | <input type="checkbox"/> Syndrome de Guillain Barré |
| <input type="checkbox"/> Diarrhée | <input type="checkbox"/> Maladie de Crohn | <input type="checkbox"/> Urticaire |
| <input type="checkbox"/> Diarrhea | <input type="checkbox"/> Maladie du foie | <input type="checkbox"/> Vaginite |
| <input type="checkbox"/> Épilepsie/convulsions | <input type="checkbox"/> Maladie du rein | <input type="checkbox"/> VIH/Sida |
| <input type="checkbox"/> Fièvre de dengue | <input type="checkbox"/> Maladie du sang | <input type="checkbox"/> Vomissements |

MÉDICAMENTS

- | | | |
|--|---|--|
| <input type="checkbox"/> Anticoagulants | <input type="checkbox"/> Des cortico-stéroïdes | <input type="checkbox"/> Pepto-Bismol |
| <input type="checkbox"/> Antiviraux | <input type="checkbox"/> Insuline/anti-diabétiques oraux | <input type="checkbox"/> Prise IPP: Inhibiteurs de la pompe à protons |
| <input type="checkbox"/> Aspirine en prophylaxie | <input type="checkbox"/> Médication pour contrôler votre humeur | <input type="checkbox"/> Quinine, quinidine or médicaments pour le coeur |
| <input type="checkbox"/> Bêta-Bloquants | <input type="checkbox"/> Médication pour le cholestérol | <input type="checkbox"/> Radiothérapie |
| <input type="checkbox"/> Chimiothérapie | <input type="checkbox"/> Méthotrexate | <input type="checkbox"/> Zyban ou Wellbutrin |
| <input type="checkbox"/> Contraceptifs oraux | | |

ALLERGIE

- | | | |
|---|--|---|
| <input type="checkbox"/> Aluminium | <input type="checkbox"/> Latex | <input type="checkbox"/> Piqûre d'abeille/guêpe |
| <input type="checkbox"/> Chlorure de Sodium | <input type="checkbox"/> Levures | <input type="checkbox"/> Protéines de poulet |
| <input type="checkbox"/> Érythème | <input type="checkbox"/> Mercure ou thimérosal | <input type="checkbox"/> Streptomycine |
| <input type="checkbox"/> Formaldéhyde | <input type="checkbox"/> Néomycine | <input type="checkbox"/> Sucrose |
| <input type="checkbox"/> Gélatine | <input type="checkbox"/> Oeufs | <input type="checkbox"/> Sulfites |
| <input type="checkbox"/> Gentamycine | <input type="checkbox"/> Pénicilline/Sulfa | <input type="checkbox"/> Tétracycline |
| <input type="checkbox"/> Lactose | <input type="checkbox"/> Phénol | |

S.V.P. FAXER CE FORMULAIRE AVANT VOTRE RENDEZ-VOUS À : 514-626-1228