



Nom : _____ Prénom : _____

No dossier : _____

QUESTIONNAIRE DU VOYAGEUR

1 Date de départ en voyage : _____ Durée du voyage : _____

→ Itinéraire du voyage: →  →  →  →  →  →  →  →  →

 <u>Pays à visiter</u> (par ordre de destination)	 <u>Villes et villages</u> (nombre de jours par endroit visité)
1.	
2.	
3.	
4.	

 Hébergement : 

- Hôtel Maison ou condominium Camping Auberge de jeunesse
 Bateau de croisière Autre _____

 But voyage :

- Tourisme Visite d'ami ou de la famille Travail Études
 Aide humanitaire : (spécifiez le type d'organisme ou d'école) _____

Renseignements sur l'état de santé	Oui	Non
1. Avez-vous déjà fait des réactions sévères aux vaccins ?		
- Si oui, lesquelles ?		
2. Faites-vous de la fièvre aujourd'hui ?		
3. Avez-vous des allergies connues à des médicaments, des aliments (comme les œufs) ou d'autres produits (comme le latex) ?		
- Si oui, à quoi êtes-vous allergique ?		
- Devez-vous vous injecter de l'Épipen ou du Twinject ?		
- Portez-vous un bracelet de type Médic-Alert ?		
4. Un médecin vous a-t-il dit que vous étiez immunosupprimé ?		
5. Recevez-vous des traitements de chimiothérapie ou en avez-vous déjà reçu		

Verso →

6. Pour femmes seulement : ♀		
- Êtes-vous enceinte?		
- Allaitiez-vous actuellement ?		
- Prévoyez-vous devenir enceinte d'ici un mois ou durant le voyage ?		

7. Prenez-vous des médicaments (pilule, injection, patch...)
Non
prescrits par un médecin ?



Oui

- si oui, lesquels ? _____

8. Un médecin vous a-t-il diagnostiqué une ou plusieurs des maladies énumérées ci-contre ?

Maladies diagnostiquées (cochez) ✓	Oui	Non	Maladies diagnostiquées (cochez) ✓	Oui	Non
Acné, rosacée			Hépatite (porteur)		
Asthme			Maladie du foie		
Ablation du thymus			Myasthénie grave		
Tumeur du thymus			Psoriasis		
Cœliaque (maladie)			Rétinopathie		
Colite ulcéreuse			Maladie rénale		
Crohn (maladie de)			Sida, infection au VIH		
Diabète			Transplantation d'organe		
Épilepsie, convulsions					

9. Souffrez-vous d'une ou d'autres maladies non énumérées ci-haut ?

Oui Non

- Si oui, nommez-la ou les _____

Signature du voyageur _____ Date _____



Signature de l'infirmière _____ Date _____