

Après avoir reçu un vaccin, veuillez attendre 20 minutes avant de quitter la clinique.

Date : ____ / ____ / ____ (AAAA/MM/JJ) N° de dossier : _____ N° d'assurance maladie : _____

RENSEIGNEMENTS SUR LE PATIENT (À compléter par le voyageur)

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

Sexe : Masculin Féminin Date de naissance : ____ / ____ / ____ (AAAA/MM/JJ)

Nom : _____ Prénom : _____

Rue : _____ Ville : _____ Province : _____

Pays : _____ Code postal : _____

Téléphone (domicile) : _____ (travail) : _____ (cellulaire) : _____

Courriel : _____ @ _____ Poids (si moins de 18 ans) : _____ lbs kg

Quel est votre pays de naissance? _____

Si votre pays de naissance est autre que le Canada, à quel âge avez-vous quitté votre pays? _____

Entreprise : _____ Titre : _____

Contact en cas d'urgence : _____ Téléphone : _____ Lien de parenté : _____

RENSEIGNEMENTS MÉDICAUX (Ces renseignements NE SERONT PAS divulgués à votre employeur)

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

- | | |
|---|---|
| <input type="checkbox"/> Aucune condition médicale | <input type="checkbox"/> Psoriasis |
| <input type="checkbox"/> Condition médicale chronique ou significative (spécifier) | <input type="checkbox"/> Anxiété |
| i _____ ii _____ | <input type="checkbox"/> Maladie du thymus |
| iii _____ iv _____ | <input type="checkbox"/> Maladie inflammatoire intestinale |
| <input type="checkbox"/> Épilepsie ou convulsions | <input type="checkbox"/> Diabète |
| <input type="checkbox"/> Souffrez-vous d'immunodéficience? (ex : traitement pour cancer, infection par le VIH, prise de fortes doses de cortisone, greffes) | <input type="checkbox"/> Difficultés respiratoires (poumon) |
| <input type="checkbox"/> Troubles cardiovasculaires | <input type="checkbox"/> Maladie du foie |
| <input type="checkbox"/> Dépression | <input type="checkbox"/> Troubles de coagulation |
| | <input type="checkbox"/> Autre : _____ |

Prenez-vous un médicament ?

- | | |
|---|--|
| <input type="checkbox"/> Aucun médicament | <input type="checkbox"/> Je n'ai pas le nom, mais je prends un médicament pour la condition suivante ou de ce type : _____ |
| <input type="checkbox"/> Je prends les médicaments suivants : | |
| <input type="checkbox"/> Contraceptif: _____ | |
| <input type="checkbox"/> Liste: _____ | |
| _____ | <input type="checkbox"/> Épilepsie |
| _____ | <input type="checkbox"/> Dépression |
| _____ | <input type="checkbox"/> Anticoagulant/Warfarine/Coumadin |
| _____ | <input type="checkbox"/> Chimiothérapie |
| _____ | <input type="checkbox"/> « Cortisone » |
| | <input type="checkbox"/> Greffe d'organes, anti-rejet |
| | <input type="checkbox"/> Médication antivirale (VIH ou autre) |

Avez-vous des allergies ?

- | | |
|--|---|
| <input type="checkbox"/> Aucune allergie | <input type="checkbox"/> Oeufs (décrire la réaction) : _____ |
| <input type="checkbox"/> Allergies saisonnières/rhume des foins | <input type="checkbox"/> Aliments (décrire la réaction) : _____ |
| <input type="checkbox"/> Antibiotiques: | <input type="checkbox"/> Piqûre de guêpes / d'insectes |
| <input type="checkbox"/> Néomycine | <input type="checkbox"/> Latex |
| <input type="checkbox"/> Sulfamide, Sulfamycine, Bactrim, Septra | <input type="checkbox"/> Thimerosal ou Aluminium |
| <input type="checkbox"/> Pénicilline | <input type="checkbox"/> Formaldéhyde or Phénol |
| <input type="checkbox"/> Tétracyclines | <input type="checkbox"/> Autre : _____ |
| <input type="checkbox"/> Formaldéhyde or Phénol | |

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

FEMME SEULEMENT Avez-vous certaines inquiétudes concernant vos règles durant ce voyage? Oui Non

Êtes-vous enceinte?

- Depuis combien de semaines : _____
- Prévoyez-vous devenir enceinte dans les 3 prochains mois? Oui Non

Allaitiez-vous? Oui Non

ITINÉRAIRE Date de départ : ____ / ____ / ____ (AAAA/MM/JJ) Durée du voyage : _____

S'il vous plaît, indiquer tous les pays et régions qui seront visités (incluant les escales) dans ce voyage.

	Pays à visiter	Régions urbaines / Durée	Régions rurales / Durée
1			
2			
3			
4			
5			
6			
7			
8			
9			

But du voyage :

- | | | |
|---|--|--|
| <input type="checkbox"/> Voyage d'agrément/vacances | <input type="checkbox"/> Études/camp de vacances | <input type="checkbox"/> Affaires (spécifier type de travail): _____ |
| <input type="checkbox"/> Visite famille/amis | <input type="checkbox"/> Bénévolat / coopération | <input type="checkbox"/> Autre : _____ |
| <input type="checkbox"/> Adoption | <input type="checkbox"/> Motif religieux | |

À quel endroit demeurerez-vous?

- | | | |
|--|---|--|
| <input type="checkbox"/> Hôtel, centre de villégiature
ou bateau de croisière de luxe | <input type="checkbox"/> Auberge / B&B | <input type="checkbox"/> Famille/amis |
| <input type="checkbox"/> Hôtels ou motels | <input type="checkbox"/> Camping | <input type="checkbox"/> Autre : _____ |
| | <input type="checkbox"/> Camp / résidence de la compagnie | |

Activités :

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

IMMUNISATION

- Je n'ai reçu aucun vaccin au cours des 10 dernières années

Avez-vous déjà eu des effets secondaires suite à un vaccin?

SVP spécifier : _____

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.

Par la présente, j'autorise Medisys, la Clinique Santé Voyage Medisys et leur personnel médical à procéder aux immunisations requises pour :

- la mise à jour de mes immunisations de base,
- la prévention d'infections comportant un risque pour ma santé et/ou
- mon éventuel voyage à l'étranger.

Je déclare avoir pris connaissance des risques potentiels associés aux procédures d'immunisation, avoir reçu une réponse à mes questions et avoir reçu les instructions à suivre en cas de réaction secondaire.

Signature : _____ Date : ____ / ____ / ____ (AAAA/MM/JJ)

Note La plupart des vaccins sont bien tolérés. Cependant, vous pourriez ressentir de la douleur, de la raideur et de l'enflure au site de l'injection. D'autres réactions adverses pourraient inclure un mal de tête, de la fièvre, de la fatigue et des douleurs musculaires. Comme pour tout vaccin, une réaction allergique ou anaphylactique pourrait se produire.