

Questionnaire Médical



Dans le but de nous assurer que tous les voyageurs ont les capacités requises pour effectuer leur voyage et pour faciliter la tâche de nos guides dans la cueillette d'informations qui pourraient s'avérer importantes dans certaines situations, nous vous demandons de remplir le formulaire ci-joint et de bien lire les informations contenues sur ce document (recto-verso). Merci.

Votre nom/prénom (en lettres majuscules) :

CONTACT EN CAS D'URGENCE :

Nom et prénom : _____

Tél : _____ Lien : _____

Compagnie d'assurance-voyage (si applicable) : _____

Numéro de la police d'assurance (si applicable) : _____

Numéro de téléphone de l'assureur (si applicable) : _____

Problèmes de santé

Le patient est-il connu pour les problèmes de santé suivants :	Oui	Non
Un professionnel de la santé vous a-t-il déjà dit que vous avez ou avez peut-être un problème cardiaque?		
Problème cardiaque (angine, infarctus, insuffisance cardiaque)		
Diabète		
Épilepsie		
AVC		
Maladie de la rétine		
Hépatite, si oui laquelle? _____		
Problème cardiaque (angine, infarctus, insuffisance cardiaque)		
Arythmie		
Troubles respiratoires (asthme non contrôlé, MPOC, etc.)		
Apnée du sommeil		

Thrombophlébite (date : _____)		
Embolie pulmonaire (date : _____)		
Varices importantes		
Insuffisance rénale		
Anémie récente, si connu, taux d'hémoglobine : _____		
Chirurgie récente (moins de 6 semaines) (date : _____)		
Cancer : précisions _____		
VIH ou SIDA		
Greffe (de moelle osseuse ou d'organe)		
Immunosuppression		
Maladie auto-immune (arthrite rhumatoïde, maladie inflammatoire de l'intestin, etc.)		
Souffrez-vous ou avez-vous déjà souffert : de problèmes émotionnels, psychologiques ou psychiatriques ou (Djin)		
Dépression/trouble anxieux		
Êtes-vous en mesure de marcher 3 heures 5. Souffrez-vous de troubles articulaires ou osseux qui pourraient être aggravés par des activités physiques		
Problèmes de santé reliés à des voyages antérieurs : _____		
Autres, précisez : _____		

Médicaments

Aucun	Liste jointe
Liste : 	
Y a-t-il eu des changements récents dans sa médication? Oui Non	
Prend-il des médicaments? <div style="float: right; text-align: right;">Narcotiques : _____</div> <div style="float: right; text-align: right;">Anticoagulants : _____</div> <div style="clear: both;"></div> Qui affaiblissent le système immunitaire : _____ <div style="float: right; text-align: right;">Hormones ou contraceptifs : _____</div> <div style="clear: both;"></div>	

Grossesse et allaitement

Grossesse en cours : Oui Non Si oui, nombre de semaines : _____
 Si oui Fournier un certificat médica

Important :

Vous êtes invités (es) à compléter ou préciser toute information pertinente sur une feuille annexe. Il est de votre devoir de nous informer si des changements se produisent au niveau de votre santé/état physique ou psychologique.

ATTESTATION ET AUTORISATIONS

Nom Prénom _____

J'atteste que mon état de santé, ma condition physique et psychique me permettent d'entreprendre l'ensemble du voyage/activité choisi(e) et ce, en fonction du niveau de difficulté dudit voyage/activité. J'atteste que les présents renseignements sont exacts (et ce au meilleur de ma connaissance) et certifie ne pas avoir délibérément omis certaines informations sur mon état de santé pertinents ou non. J'autorise le personnel de Explorateur Voyages à intervenir en cas d'urgence, à me prodiguer tous les premiers soins nécessaires et à prendre les décisions nécessaires à mon bien-être et à celui de mon groupe. J'autorise le personnel de Explorateur Voyages à prendre la décision dans le cas d'un accident à me transporter (par ambulance, avion, hélicoptère, garde côtière ou autrement) dans un établissement hospitalier ou de santé communautaire, le tout, s'il y a lieu, à mes propres frais.

Date :

Fait à :

Signature :