



SANTÉ VOYAGE - PARTIE 1 QUESTIONNAIRE PRÉ-CONSULTATION

- Compléter avant la consultation
- Prendre un rendez-vous à votre CLSC
- Acheminer par fax à la clinique santé voyage du CLSC où vous avez votre rendez-vous :
 - CLSC de St-Georges (Fax : 418-228-0378)
 - CLSC de Beauceville (Fax : 418-774-4452)
 - CLSC de La Guadeloupe (Fax : 418-459-3442)

Nom : _____
Date de naissance : _____
Nom, prénom (père) : _____
Nom, prénom (mère) : _____
Dossier : _____

VOYAGE

Destination : _____ Date de départ : _____ / _____ / _____ Durée du voyage : _____
Année / mois / jour

Endroits visités par ordre d'arrivée (Préciser le pays, la ville ou la région) :

1. _____ jours / semaines
2. _____ jours / semaines
3. _____ jours / semaines
4. _____ jours / semaines
5. _____ jours / semaines
6. _____ jours / semaines

Je voyagerai :

- Seul En couple Avec ma famille En groupe

Type de voyage :

- Tourisme voyage organisé / itinéraire prévu
 Tourisme hors-circuit :
 - Avec itinéraire
 - Sans itinéraire Visite famille ou ami(s)
 Adoption internationale
- Travail ou aide humanitaire
 Travail / Affaires (précisez) : _____
 Études / Stage (précisez) : _____

Hébergement :

- Hébergement (Hôtel)
 Croisière
 Hébergement (famille)
 Maison ou appartement loué
- Auberge jeunesse
 Camping
 Autres : _____

Contact étroit avec la population locale : Oui
 Non

Activités particulières :

- Excursion zone rurale
 Randonnée, trekking, moto, cyclisme
 Baignade en eau douce
 Plongée sous-marine
- Contact avec des animaux
 Expédition en altitude
 Activités sexuels à risque

PROFIL DE SANTÉ

Prenez-vous des médicaments? Oui Non (apporter votre profil pharmacologique lors de votre consultation)

Si oui, lesquels : _____

Présentez-vous des problèmes de santé?

Maladies cardio-vasculaires	<input type="checkbox"/> Oui	<input type="checkbox"/> Non	Psoriasis	<input type="checkbox"/> Oui	<input type="checkbox"/> Non
Hypertension artérielle	<input type="checkbox"/> Oui	<input type="checkbox"/> Non	Rétinopathie	<input type="checkbox"/> Oui	<input type="checkbox"/> Non
Trouble de coagulation	<input type="checkbox"/> Oui	<input type="checkbox"/> Non	Épilepsie	<input type="checkbox"/> Oui	<input type="checkbox"/> Non
Maladies respiratoires	<input type="checkbox"/> Oui	<input type="checkbox"/> Non	Immunosuppression	<input type="checkbox"/> Oui	<input type="checkbox"/> Non
Problème d'estomac	<input type="checkbox"/> Oui	<input type="checkbox"/> Non	Cancer	<input type="checkbox"/> Oui	<input type="checkbox"/> Non
Problème intestinal	<input type="checkbox"/> Oui	<input type="checkbox"/> Non	Hépatite(s)	<input type="checkbox"/> Oui	<input type="checkbox"/> Non
Diabète	<input type="checkbox"/> Oui	<input type="checkbox"/> Non	Handicap physique	<input type="checkbox"/> Oui	<input type="checkbox"/> Non

Grossesse Oui Non Si oui, nombre de semaines : _____

Allaitement Oui Non

Enfant < 11 Kg Oui Non

Souffrez-vous d'allergie?

Médicamenteuse Oui Non Nom du(des) médicament(s) : _____

Aux piqûres d'insectes Oui Non

Alimentaire Oui Non Quel(s) aliment(s) : _____

Au soleil Oui Non

Autres (précisez) : _____

VACCINATION ANTÉRIEURE

Avez-vous déjà reçu des vaccins? Oui Non

Si oui, dans quelle(s) localité(s) : _____

Localité(s) habitée(s) pendant votre enfance : _____

Si vous avez reçu des vaccins à l'extérieur des territoires de Robert-Cliche et de Beauce-Sartigan, vous devez fournir un relevé vaccinal en communiquant avec le CLSC de votre localité habitée pendant votre enfance.

J'inclus mon relevé vaccinal.

J'ai fait la recherche de mon relevé vaccinal et je vous le transmettrai dès réception.

J'ai un carnet de santé que j'apporterai lors de la consultation.

Je n'ai retrouvé aucun relevé vaccinal antérieur et je n'ai pas de carnet de santé.

Signature du répondant (lien avec le voyageur)

Date

Heure

Signature de l'infirmière

Date

Heure