



## QUESTIONNAIRE SANTÉ VOYAGE

Imprimez ce formulaire et emportez-le  
lors de votre rendez-vous.

### Clinique Santé Voyage Horizon

2225, chemin Gascon  
Terrebonne, QC J6X 4H3  
(450) 471-1047

### Données personnelles

Nom :	Prénom:	
Adresse (no. + nom de rue) :		
Ville :		
Province :	Pays :	Code postal :
Téléphone (maison) :	(    )    -	
Téléphone (autre) :	(    )    -	
Date de naissance (JJ/MM/AAAA) :	( __ / __ / ____ )	Sexe : <input type="checkbox"/> F <input type="checkbox"/> M

### Destination

Pays visité	Nom	Ville(s) ou région(s)	Durée
1 <sup>er</sup> pays			
2 <sup>e</sup> pays			
3 <sup>e</sup> pays			
4 <sup>e</sup> pays			
Date de départ :		Date de retour :	

### Catégorie de voyage

- |   |   |   |
|---|---|---|
| <input type="checkbox"/> Aide humanitaire     | <input type="checkbox"/> Croisière (navire)           | <input type="checkbox"/> Hors des sentiers battus |
| <input type="checkbox"/> Adoption             | <input type="checkbox"/> Zone hôtelière (tout-inclus) | <input type="checkbox"/> Plongée sous-marine      |
| <input type="checkbox"/> Échange étudiant     | <input type="checkbox"/> Location appart. / condo     | <input type="checkbox"/> Haute altitude           |
| <input type="checkbox"/> Visite famille, amis | <input type="checkbox"/> Catamaran / voilier          | <input type="checkbox"/> Solo                     |
| <input type="checkbox"/> Affaires             | <input type="checkbox"/> Voyage avec les enfants      | <input type="checkbox"/> Organisé en groupe       |
| <input type="checkbox"/> Autre :              | _____   |   |

### Section pour la femme

Êtes-vous enceinte ?  OUI  NON  Je ne sais pas

Si oui, depuis combien de semaines ? \_\_\_\_\_

Allaitiez-vous ?  OUI  NON

## Condition médicale (si aucune condition médicale particulière, cochez ici: )

Avez-vous eu un examen médical au cours de la dernière année?  OUI  NON

Depuis combien de temps? \_\_\_\_\_

### Souffrez-vous ou avez-vous déjà souffert de...

- |  |  |  |
|--|--|--|
| <input type="checkbox"/> Anxiété                 | <input type="checkbox"/> Dépression / Troubles de l'humeur | <input type="checkbox"/> Rêves / cauchemars        |
| <input type="checkbox"/> Cancer                  | <input type="checkbox"/> Trouble du Thymus                 | <input type="checkbox"/> Épilepsie / convulsions   |
| <input type="checkbox"/> Diabète                 | <input type="checkbox"/> Troubles digestifs                | <input type="checkbox"/> Maladie de Crohn          |
| <input type="checkbox"/> Hypertension artérielle | <input type="checkbox"/> Troubles respiratoires            | <input type="checkbox"/> Maladie du foie, hépatite |
| <input type="checkbox"/> Immunodéficience/VIH    | <input type="checkbox"/> Troubles cardio-vasculaires       | <input type="checkbox"/> Problèmes rénaux          |
| <input type="checkbox"/> Psoriasis               | <input type="checkbox"/> Photosensibilité                  | <input type="checkbox"/> Syndrome Guillain-Barré   |
| <input type="checkbox"/> Arthrite rhumatoïde     | <input type="checkbox"/> Greffe d'organe(s)                | <input type="checkbox"/> Autre : _____             |

Avez-vous déjà subi des opérations?  NON  OUI Spécifiez : \_\_\_\_\_

## Médication (si aucune médication, cochez ici: )

- |  |  |   |
|--|--|---|
| <input type="checkbox"/> Antiviraux                                | <input type="checkbox"/> Insuline/anti-diabétiques oraux | <input type="checkbox"/> Corticostéroïdes |
| <input type="checkbox"/> Anticoagulants                            | <input type="checkbox"/> Médication pour le cœur         | <input type="checkbox"/> Chimiothérapie   |
| <input type="checkbox"/> Bêta-bloquants                            | <input type="checkbox"/> Médication pour le cholestérol  |   |
| <input type="checkbox"/> Antidépresseurs / Régulateurs de l'humeur | <input type="checkbox"/> Autre : _____                   |   |

## Allergies (si aucune allergie, cochez ici: )

- |  |  |  |   |
|--|--|--|---|
| <input type="checkbox"/> Gentamicine     | <input type="checkbox"/> Lactose       | <input type="checkbox"/> Tétracycline  | <input type="checkbox"/> Phénol                       |
| <input type="checkbox"/> Pénicilline     | <input type="checkbox"/> Œufs          | <input type="checkbox"/> Streptomycine | <input type="checkbox"/> Sulfamides (Septra, Bactrim) |
| <input type="checkbox"/> Latex           | <input type="checkbox"/> Guêpes        | <input type="checkbox"/> Thimérolal    |   |
| <input type="checkbox"/> Aliment : _____ | <input type="checkbox"/> Autre : _____ |  |   |

### Cet espace sera complété lors du rendez-vous à la Clinique santé voyage Horizon

Les renseignements fournis dans ce questionnaire santé-voyage sont exacts et conformes à mon état de santé au meilleur de ma connaissance.

Signature \_\_\_\_\_

date \_\_\_\_\_

\*J'accepte les recommandations suivantes :

- Les recommandations sont établies selon mon état de santé actuel et mon historique en immunisation, ma destination voyage et ma condition physique actuelle.
- On m'a informé adéquatement et répondu à toutes mes questions relatives aux recommandations.
- J'accepte d'attendre 20 minutes à la clinique après avoir reçu un vaccin.

- vaccins : \_\_\_\_\_

- prescriptions : contre la malaria | traitement de la diarrhée du voyageur | prévention du mal d'altitude

Signature \_\_\_\_\_

date \_\_\_\_\_

\*Je refuse les recommandations en immunisation et/ou en prescriptions :

- vaccins : \_\_\_\_\_

- prescriptions : contre la malaria | traitement de la diarrhée du voyageur | prévention du mal d'altitude

Signature \_\_\_\_\_

date \_\_\_\_\_

Signature de l'infirmière \_\_\_\_\_

date \_\_\_\_\_