

Questions préliminaires au voyage

Pre-Travel Questionnaire

A Information sur le patient				
Nom:	Date de naissance:	No. de carte santé:	No. de Téléphone (sans espace)	
Adresse: (No./Rue)		Ville	Prov.	Code Post.

B Profil médical				
		<u>Non</u> <u>Oui</u>		
1. Souffrez-vous du cancer?		<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
2. Avez-vous eu le cancer dans les 5 dernières années?		<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
Si oui, avez-vous suivi un traitement spécifique?	chirurgie	<input type="checkbox"/>		
	radiothérapie	<input type="checkbox"/>		
	chimiothérapie	<input type="checkbox"/>		
3. Prenez-vous des stéroïdes par voie orale?		<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
Si oui, indiquez la dose:				
4. Souffrez-vous d'une maladie respiratoire (bronchite, emphysème, asthme) ?		<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
5. Avez-vous le SIDA/ êtes vous séropositif?		<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
6. Avez-vous des allergies ou des réactions graves aux:	oeufs	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
	sulfa(s)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
	tétracyclines	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
7. Avez-vous des antécédents de dépression ou de psychose?		<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
8. Avez-vous des antécédents de convulsions ou d'épilepsie?		<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
				<u>Non</u> <u>Oui</u>
9. Avez-vous eu l'hépatite?		<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
10. Souffrez-vous du diabète?		<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
Si oui, comment le traitez-vous?	insuline	<input type="checkbox"/>		
	comprimés	<input type="checkbox"/>		
	diète seulement	<input type="checkbox"/>		
11. Souffrez-vous d'une maladie cardiaque ou d'hypertension artérielle?		<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
12. Prenez-vous des antiarythmiques?		<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
13. Souffrez-vous d'une maladie du foie?		<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
14. Souffrez-vous d'une maladie rénale?		<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
15. Avez-vous souffert d'un ulcère duodéal ou gastrique?		<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
16. Souffrez-vous d'une colite ulcéreuse ou d'une maladie de Crohn?		<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
17. Avez-vous des problèmes auditifs ou oculaires?		<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	

C Femmes seulement	
Étes-vous enceinte?	<input type="checkbox"/> Non <input type="checkbox"/> Oui
Dernières menstruations

D Médicaments	
<input type="checkbox"/> Médicaments actuels avec prescriptions
<input type="checkbox"/> Médicaments actuels sans prescriptions
<input type="checkbox"/> Vitamines, produits à base d'herbes

E Allergies	
Avez-vous des allergies?	<input type="checkbox"/> Aux médicaments
Si oui, précisez:	<input type="checkbox"/> Alimentaires
	<input type="checkbox"/> Saisonniers et environnementales

F**Antécédents de vaccination**

Avez-vous reçu les vaccins suivant?

Vaccin	Oui	Date Reçu <i>e.g. novembre 1995</i>
Tétanos/diphtérie (Td)	<input type="checkbox"/>	
Tétanos/diphtérie/polio (TdP)	<input type="checkbox"/>	
Adacel or Boostrix (DTap/Tdap)	<input type="checkbox"/>	
Polio	<input type="checkbox"/>	
Rougeole/Rubéole/Oreillons (RRO)	<input type="checkbox"/>	
Influenza (grippe)	<input type="checkbox"/>	
Pneumocoque	<input type="checkbox"/>	
Test cutané Tuberculose (Mantoux)	<input type="checkbox"/>	
BCG	<input type="checkbox"/>	
Hépatite A	<input type="checkbox"/>	
Hépatite B	<input type="checkbox"/>	

Vaccin	Oui	Date Reçu <i>e.g. novembre 1995</i>
Twinrix (A+B)	<input type="checkbox"/>	
Typhoïde - Injection	<input type="checkbox"/>	
Typhoïde - Oral	<input type="checkbox"/>	
Vivaxim (Hep A + typhoïde)	<input type="checkbox"/>	
Méningocoque	<input type="checkbox"/>	
Fièvre Jaune	<input type="checkbox"/>	
Encéphalite Japonaise	<input type="checkbox"/>	
Dukoral	<input type="checkbox"/>	
Choléra	<input type="checkbox"/>	
Rage	<input type="checkbox"/>	

G**Type de voyage**

Cochez la case qui s'applique à votre voyage ...

- Tourisme affluent - hôtels en région urbaine
- Auberges avec un minimum de temps en régions rurales
- Voyage d'affaires - hôtels internationaux, en région urbaine
- Voyage en régions rurales, villages, fermes, petites villes, safari, camping: incluant une exposition de nuit
- Travail - *Veillez indiquer le genre de travail que vous ferez:*
- Infirmier(e), médecin, technicien médical Ingénieur
- Missionnaire Employé d'une compagnie aérienne
- Anthropologue Spéléologue
- Vétérinaire, préposé aux animaux Autre: _____
- Éducation - travail académique, enseignement et études
- Résiderez-vous avec des amis, de la famille ou des gens locaux
- Croisière, point de départ: _____
- Piloterez-vous un avion durant votre voyage

H**Durée du voyage**

Date de départ d'Ottawa:

Date de retour:

I**Itinéraire**

SVP énumérez, ***dans l'ordre*** de vos visites, les pays que vous visiterez. Indiquez les régions ou les villes, le mois de l'année (e.g., juin) de chaque visite, ainsi que le nombre de jours dans chaque pays.

	<u>Pays</u>	<u>Régions ou villes</u>	<u>Mois de l'année</u>	<u>Nombre de jours</u>
1.				
2.				
3.				
4.				
5.				
6.				
7.				
8.				
9.				
10.				
11.				