

FORMULAIRE D'ÉVALUATION – CLINIQUE DU VOYAGEUR

Date : _____

IDENTITÉ

Nom : _____ N° RAMQ : _____

Date de naissance : _____ Lieu de naissance : _____

Tél. (maison) : _____ Tél. (travail) : _____ Tél. (cell.) : _____

Date de départ: _____ Durée du séjour: _____

Itinéraire exact: _____

- | | | |
|---|---|------------------------------------|
| <input type="checkbox"/> Tout inclus | <input type="checkbox"/> Ville | <input type="checkbox"/> Seul |
| <input type="checkbox"/> Coopération internationale | <input type="checkbox"/> Campagne | <input type="checkbox"/> En couple |
| <input type="checkbox"/> Travail | <input type="checkbox"/> Voyage sac à dos | <input type="checkbox"/> En groupe |

Type d'hébergement

- | | | | |
|--------------------------------------|----------------------------------|--|--------------------------------------|
| <input type="checkbox"/> Petit hôtel | <input type="checkbox"/> Auberge | <input type="checkbox"/> Chez l'habitant | <input type="checkbox"/> Autre _____ |
| <input type="checkbox"/> Grand hôtel | <input type="checkbox"/> Camping | <input type="checkbox"/> Bateau de croisière | |

Avez-vous l'habitude de ce type de voyage? Oui Non

Avez-vous reçu des vaccins à l'extérieur des Îles? Oui Non

Si oui, annexer la preuve (carnet de vaccination ou autre)

Êtes-vous intéressé par une prescription d'antibiotiques contre la diarrhée du voyageur?

- Oui Non

Êtes-vous intéressé par une prescription de médicaments contre la malaria?

- Oui Non

Indiquez le nom de votre pharmacie: _____

(Répondre et signer au verso)

À REMPLIR PAR L'INFIRMIÈRE

Précautions avec l'eau et les aliments	Fait <input type="checkbox"/>	Piqûres de moustiques	Fait <input type="checkbox"/>	Ciguatera	Fait <input type="checkbox"/>
Morsures de serpents	Fait <input type="checkbox"/>	MTS-Sida	Fait <input type="checkbox"/>	Mal des transports	Fait <input type="checkbox"/>
Plage, soleil, baignade, plongée	Fait <input type="checkbox"/>	Choc psychologique, alcool	Fait <input type="checkbox"/>	Rage	Fait <input type="checkbox"/>
Fièvre pendant ou 3 mois après : consulter	Fait <input type="checkbox"/>	Assurances et ressources	Fait <input type="checkbox"/>		
Précautions avec les enfants	Fait <input type="checkbox"/>	médicales à l'étranger			

Prescription remise :

- Azithromycine Cipro Chloroquine Schéma du traitement de la diarrhée

Signature de l'infirmière : _____ N° permis : _____ Date : _____

Nom du médecin répondant de la clinique : _____

Souffrez-vous de l'une de ces maladies ou prenez-vous un des médicaments énumérés plus bas?

- Maladie inflammatoire de l'intestin (Crohn, colite ulcéreuse) Oui Non
- Maladie hépatique Oui Non
- Insuffisance rénale (clairance de la créatinine moins de 30 cc/min) Oui Non
- Épilepsie / convulsion Oui Non
- Maladie cardiaque (arythmie, insuffisance cardiaque) Oui Non
- Diabète sous insuline Oui Non
- Polyarthrite rhumatoïde Oui Non
- Maladie pulmonaire (MPOC) Oui Non
- Immunosupprimé (VIH, chimiothérapie, Étanercept (Enbrel), Methotrexate, Adalimumab (Humira) Corticostéroïde PO à long terme, par exemple: Prednisone 20 mg ou plus par jour, etc.) Oui Non

Êtes-vous allergique à l'un de ces médicaments? Si oui le(s)quel(s)? Oui Non

- Hydroxyquine (Chloroquine) Ciprofloxacine (Cipro) Levofloxacine (Levaquin)
- Moxifloxacine (Avelox) Clarithromyxine (Biaxin) Azithromycine (Zithromax)

Prenez-vous l'un de ces médicaments? Si oui le(s)quel(s)? Oui Non

- Warfarine (Coumadin) Aminophylline/Oxtriphylline (Théophylline)
- Phénytoïne sodique (Phénytoïne) Hydroxychloroquine (Plaquenil)

Prenez-vous des antiarythmiques ? Si oui le(s)quel(s)? Oui Non

- Amiodarone Digoxin (Lanoxin) Quinidine

Prenez-vous des antipsychotiques, tels que Halopérodol (Haldol) Oui Non

Prenez-vous des antidépresseurs, tels que Ventafaxine (Effexor) Oui Non

Suivez-vous un traitement contre l'acné ou la rosacée

Minocycline/tétracycline (Minocin / Tétracycline / Vibramycine) Oui Non

- **Rétinopathie** Oui Non

- **Psoriasis sévère généralisé** Oui Non

Autres conditions

Êtes-vous âgé de moins de 5 ans ou de plus de 75 ans? Oui Non

Grossesse ou allaitement Oui Non

Autres problèmes de santé Oui Non

Lesquels: _____

Allergies à des médicaments Oui Non

Lesquels: _____

Prenez-vous des médicaments? Oui Non

(SVP, annexer la liste de ceux-ci.)

Signature du voyageur: _____ **Date:** _____