Centre intégré de santé et de services sociaux des Îles
Québec

FORMULAIRE D'ÉVALUATION – CLINIQUE DU VOYAGEUR

Date : _____

IDENTITÉ

Nom :_____ N° de RAMQ : _____

Date de naissance :_____ Lieu de naissance : _____

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

Date de départ: _____ Durée du séjour: _____

Itinéraire exact:_____

_____

_____

- ❑ Tout inclus
- ❑ Coopération internationale
- ❑ Travail
- ❑ Ville
- ❑ Campagne
- ❑ Voyage sac à dos
- ❑ Seul
- ❑ En couple
- ❑ En groupe

Type d'hébergement

- ❑ Petit hôtel
- ❑ Grand hôtel
- ❑ Auberge
- ❑ Camping
- ❑ Chez l'habitant
- ❑ Bateau de croisière
- ❑ Autre _____

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	❑	Piqûres de moustiques	Fait	❑	Ciguatera	Fait	❑
Morsures de serpents	Fait	❑	MTS-Sida	Fait	❑	Mal des transports	Fait	❑
Plage, soleil, baignade, plongée	Fait	❑	Choc psychologique, alcool	Fait	❑	Rage	Fait	❑
Fièvre pendant ou 3 mois après : consulter	Fait	❑	Assurances et ressources	Fait	❑			
Précautions avec les enfants	Fait	❑	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 traitements 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:** _____