

INFORMATIONS MÉDICALES AVANT LA CONVENTION MONDIALE

Ce formulaire doit parvenir aux adresses ci-dessous au moins 3 mois avant le début de la Convention :

Partie I : à compléter par le Voyageur:				
INFORMATIONS PERSONNELLES				
Nom (s):		Nationalité:		
Prénom (s):		Adresse:		
Date de Naissance:		Venant de:		
Sexe:		Moyen de Transport:		
CONTACT DETAILLE D'UNE PERSONNE PROCHE DE LA FAMILLE		COORDONNÉES DU MÉDECIN / INFIRMIÈRE DE FAMILLE		
Relation:		Nom / Prénom:		
Nom / Prénom:		Adresse:		
Adresse:		Téléphone Cell:		
Téléphone Cell:		Téléphone fixe:		
Téléphone fixe:		Adresse Email:		
Adresse Email:				
INFORMATIONS ASSURANCE MEDICALE				
Nom de l'assurance	Titulaire du compte	Numéro de Police	contact	Couverture Internationale
				YES NO

Veuillez inclure les copies recto et verso de la carte d'assurance maladie

Partie II - À remplir par le médecin ou l'infirmière attitré (e):				Raisons ci dessous	
De quand datait votre consultation ? Raison ?		JJ / MM / AAAA			
MEDICAL HISTORY					
1) Intervention Chirurgicale <i>Si "OUI" fournir de détails ?</i>		OUI	NON		
2) Maladie Chronique <i>Si "OUI" fournir de détails ?</i>		OUI	NON		
3) Tout médicament pris de façon Chronique <i>Si "OUI" lister ces médicaments?</i>		OUI	NON		
4) Tout Médicament pris actuellement (pour une maladie aiguë en cours) <i>Si "OUI" lister ces médicaments?</i>		OUI	NON		
5) Prophylaxie contre le Paludisme? <i>Si "OUI" date de début de la prise?</i>		OUI	NON	Date de début: JJ / MM / AAAA	
6) Antécédent d'hospitalisation, <i>Si "OUI" donner la dernière date d'hospitalisation.</i>		OUI	NON	Dernière date: JJ / MM / AAAA	
7) <i>Si "OUI" fournir de détails ?</i>					
8) Un emploi vous a déjà été refusé pour cause de santé ou défaut d'assurance ? <i>Si "OUI" donner la raison.</i>		OUI	NON		
9) Allergies? Médicaments, Nourriture, piqûre d'abeille, ... <i>Si "OUI" fournir de détails ?</i>		OUI	NON		
10) Enceinte ou problèmes Gynécologiques? <i>Si "OUI" fournir de détails ?</i>					

INFORMATIONS MÉDICALES AVANT LA CONVENTION MONDIALE

11) Asthme ? <i>Lister les médicaments que vous prenez actuellement</i>		OUI		NON		
12) Diabète ? <i>Date de la dernière consultation et Lister les médicaments que vous prenez actuellement</i>		OUI		NON		
13) Pathologie Cardiaque ? <i>Date de la dernière consultation et Lister les médicaments que vous prenez actuellement</i>		OUI		NON		
14) Hypertension Artérielle ? <i>Date de la dernière consultation et Lister les médicaments que vous prenez actuellement.</i>		OUI		NON		
15) Ulcère gastro-duodéal? <i>Pls. list medication and last consultation.</i>		OUI		NON		
16) Pathologie Rénale? (ex : lithiase, ...) <i>Si "OUI" "Fréquence et dernier épisode douloureux?"</i>		OUI		NON		
TAILLE	POIDS	PRESSIION ARTERIELLE	POULS	HISTOIRE VACCINALE		
				Fièvre Jaune		Méningite