

Questionnaire d'évaluation santé-voyage : partie 2 de 3

État de santé du voyageur, conseils et prescriptions

(à compléter par le professionnel de la santé)

Date de la rencontre : _____

Nom : _____	Prénom : _____
RAMQ : _____	

Problèmes de santé

Le patient est-il connu pour les problèmes de santé suivants :	Oui	Non
A-t-il actuellement de la fièvre ou une infection?		
Diabète		
Psoriasis		
Épilepsie		
Antécédent de syndrome de Guillain-Barré		
Maladie de la rétine		
Hépatite, si oui laquelle? _____		
Problème cardiaque (angine, infarctus, insuffisance cardiaque)		
Arythmie		
Troubles respiratoires (asthme non contrôlé, MPOC, etc.)		
Apnée du sommeil		
Thrombophlébite (date : _____)		
Embolie pulmonaire (date : _____)		
Varices importantes		
Insuffisance rénale		
Anémie récente, si connu, taux d'hémoglobine : _____		
Chirurgie récente (moins de 6 semaines) (date : _____)		
Cancer : précisions _____		
VIH ou SIDA		
Greffe (de moelle osseuse ou d'organe)		
Immunosuppression		
Maladie auto-immune (arthrite rhumatoïde, maladie inflammatoire de l'intestin, etc.)		
Maladie du thymus (myasthénie grave, thymome, etc.)		
Dépression/trouble anxieux		
Mal des transports		
Problèmes de santé reliés à des voyages antérieurs : _____		
Autres, précisez : _____		

Notes :

Médicaments

Aucun	Liste jointe
Liste :	
Y a-t-il eu des changements récents dans sa médication? Oui Non	
Prend-il des médicaments? Narcotiques : _____ Anticoagulants : _____ Qui affaiblissent le système immunitaire : _____ Hormones ou contraceptifs : _____	

Allergies ou intolérances (si oui, précisez)

Aucune	Médicaments : _____
Aliments : _____	Réaction à un vaccin : _____
Allergies saisonnières : _____	Autres (latex, gélatine, etc.) : _____

Auto-injecteur d'adrénaline (type EpiPen?) Oui Non

Grossesse et allaitement

Grossesse en cours : Oui Non Si oui, nombre de semaines : _____
Grossesse planifiée : Oui Non Si oui, d'ici combien de mois? _____
Allaitement en cours : Oui Non

Habitudes de vie

Tabac

Drogue : _____

Alcool – Combien de consommations par semaine? _____

Conseils préventifs de base

- Adapter selon la destination et les activités du voyageur

Eau et aliments

Prévention diarrhée des voyageurs
Intoxication alimentaires – ciguatera

Moustiques et tiques

Protection contre les moustiques (filet, chasse-moustique, etc.)
Dengue, chikungunya, paludisme (malaria)
Zika (grossesse)
Autre : _____

Contact avec les animaux

Prévention des morsures
Discussion du risque de rage et de l'herpès B
Maladies respiratoires sévères (influenza aviaire, syndrome respiratoire du Moyen Orient, etc.)

Risques liés aux transports

Risque de thrombose
Mal des transports
Décalage horaire
Sécurité et accidents

Altitude

Conseils préventifs

Baignade

Plongée
Leptospirose et schistosomiase (baignade en eau douce)

Intoxication chimique

Pesticides
Drogues
Autres : _____

Sexualité/ITSS

Conseils préventifs

Pharmacie

Protection solaire
Vérifier médicaments photosensibilisants (voir avec pharmacien au besoin)
Trousse de premiers soins
Transport de médication (bagages à main, produits réfrigérés, formulaires pour douaniers, médicaments non autorisés, etc.)

Sécurité

Assurance
Inscription des Canadiens à l'étranger : <https://voyage.gc.ca/voyager/inscription>

Médicaments prescrits (conseils préventifs ci-haut)

- Adapter selon la destination, voir le [Guide d'intervention santé voyage](#)

Paludisme (malaria)

Aviser le patient de consulter s'il fait de la fièvre jusqu'à 3 mois après le retour du voyage s'il est allé dans une zone impaludée.

Médication prescrite : _____

Diarrhée du voyageur

Médicaments à cesser durant les journées de déshydratation :

Médication prescrite : _____

Altitude

- MAM (mal aigu des montagnes)
- OPHA (œdème pulmonaire de haute altitude)
- OCHA (œdème cérébral de haute altitude)

Antécédent de MAM : _____

Médication prescrite : _____

Prévention : _____

Traitement : _____

Mal des transports

Médication prescrite : _____

Remplacement tabagique

Médication prescrite : _____

Thrombose veineuse ou embolie pulmonaire

Facteurs de risque : _____

Médication prescrite : _____

Leptospirose

Médication prescrite : _____

Autres prescriptions utiles pour le voyage (exacerbation MPOC/asthme, cystite, vaginite, allergie, etc.)

NB : Ceci est un questionnaire à titre indicatif. La séquence peut être modifiée selon votre jugement clinique et vos méthodes de travail. Il ne se veut pas exhaustif.