



## Questionnaire Médical

Nom (en lettres moulées) : \_\_\_\_\_

CONTACTS EN CAS D'URGENCE (une personne qui ne voyagera pas avec vous) :

Nom: \_\_\_\_\_ tél : \_\_\_\_\_ lien : \_\_\_\_\_

Nom: \_\_\_\_\_ tél : \_\_\_\_\_ lien : \_\_\_\_\_

Compagnie d'assurance voyage : \_\_\_\_\_

Numéro de la police d'assurance : \_\_\_\_\_

Numéro de téléphone de l'assureur : \_\_\_\_\_

Oui Non

- 1.Un professionnel de la santé vous a-t-il déjà dit que vous avez ou avez peut-être un problème cardiaque?
- 2.Un professionnel de la santé vous a-t-il déjà dit que votre tension artérielle était trop élevée ou irrégulière?
- 3.Ressentez-vous des douleurs à la poitrine ou au cœur à l'effort et/ou au repos?
- 4.Ressentez-vous des étourdissements, des faiblesses ou des pertes de conscience à l'effort et/ou au repos?
- 5.Souffrez-vous de troubles articulaires ou osseux qui pourraient être aggravés par des activités physiques intensives, des conditions climatiques difficiles ou des conditions de transports difficiles?
- 6.Avez-vous de la difficulté à vous adapter à la chaleur et/ou au froid?
- 7.Portez-vous des lentilles cornéennes, des verres correcteurs (lunettes) ou autre prothèses?
- 8.Avez-vous des problèmes visuels tels que difficulté de juger des distances, des hauteurs ou des couleurs, très grande sensibilité à la lumière ou autres?
- 9.Avez-vous des problèmes auditifs assez important pour avoir de la difficulté à communiquer avec des personnes lorsqu'elles sont près de vous ou loin?
- 10.Avez-vous des problèmes dermatologiques (peau) qui apparaissent ou sont aggravés par le soleil, la chaleur ou le froid?
- 11.Avez-vous des phobies (peur des hauteurs, de l'eau, de la noirceur, des endroits restreints ou autres)?
- 12.Souffrez-vous ou avez-vous déjà souffert :
- d'allergies (froid, noix, aliments, médicaments ou autres)? Si oui, il est de votre responsabilité d'apporter les médicaments nécessaires. (*Épipen™* ou autres)
  - de problèmes émotionnels, psychologiques ou psychiatriques?
  - de diabète ou d'hypoglycémie?
  - d'épilepsie?
  - d'hémophilie?
  - d'autres maladies, infections chroniques, hépatite ou troubles de santé?
- 13.Avez-vous déjà subi des blessures ou opérations anciennes ou récentes? (Tendinite, élongation...)
- 14.Avez-vous un handicap susceptible de restreindre les activités physiques?
- 15.Prenez-vous des médicaments au quotidien? Si oui, svp répondre à la page « médicaments »
- 16.Êtes-vous enceinte?
- 17.Avez-vous des restrictions alimentaires? (végétarien, intolérance à un aliment, diète particulière, etc.)

Si vous avez répondu 'oui' à une des questions précédentes, **veuillez svp préciser au verso avec le numéro de la question correspondante.**

J'accepte les risques additionnels qui pourraient entraîner une possible aggravation de mon état de santé.

Initiales \_\_\_\_\_

Il est de votre devoir de nous informer si des changements se produisent au niveau de votre santé/état physique ou psychologique.

Initiales \_\_\_\_\_

### ATTESTATION ET AUTORISATIONS

J'atteste que mon état de santé, ma condition physique et psychique me permettent d'entreprendre l'ensemble du voyage/activité choisi(e) et ce, en fonction du niveau de difficulté dudit voyage/activité. J'atteste que les présents renseignements sont exacts (et ce au meilleur de ma connaissance) et certifie ne pas avoir délibérément omis certaines informations sur mon état de santé pertinents ou non. J'autorise le personnel de **Terra Ultima** à intervenir en cas d'urgence, à me prodiguer tous les premiers soins nécessaires et à prendre les décisions nécessaires à mon bien-être et à celui de mon groupe. J'autorise le personnel de **Terra Ultima** à prendre la décision dans le cas d'un accident à me transporter (par ambulance, avion, hélicoptère, garde côtière ou autrement) dans un établissement hospitalier ou de santé communautaire, le tout, s'il y a lieu, à mes propres frais.

Signature: \_\_\_\_\_ Date : \_\_\_\_\_





## Questionnaire Médical

J'atteste ne souffrir d'aucune condition ou maladie qui figure dans la liste suivante :

### MALADIES CARDIAQUES ET VASCULAIRES IMPORTANTES OU INSTABLES

- Maladie coronarienne non contrôlée (angine de poitrine, infarctus,...)
- Insuffisance cardiaque non compensée
- Maladie cardiaque congénitale (de naissance)
- Hypertension pulmonaire
- Anomalie des vaisseaux pulmonaires
- Troubles de circulation artérielle des membres inférieurs
- Hypertension artérielle sévère non contrôlée

### MALADIE DU SANG

- Anémie à cellules falciformes (avec historique de crise)
- Anémie importante
- Troubles de coagulation sévère

### MALADIE NEUROLOGIQUES

- Antécédents ischémiques cérébraux (AVC, ICT, ...)
- Épilepsie instable (ou non traitée, malformation artérioveineuse cérébrale ou anévrisme)

### MALADIE PULMONAIRE

- Maladie pulmonaire obstructive chronique (bronchite chronique, emphysème) modérée à sévère

### AUTRES

- Grossesse actuelle à risque élevé
- Antécédents psychiatriques majeurs antérieurs et actuels : psychose, dépression, ...
- Antécédents d'œdème pulmonaire ou cérébral de haute altitude antérieurs à répétition
- Diabète non contrôlé
- Toute condition médicale significative non contrôlée

Nom (en lettres moulées) : \_\_\_\_\_

Signature : \_\_\_\_\_ Date : \_\_\_\_\_



## Questionnaire Médical

### Médicaments

Afin de nous permettre de vous offrir le meilleur encadrement et les meilleurs soins en cas de blessures ou de problèmes médicaux, nous vous demandons de remplir un tableau par médicament prescrit. Vous devez également remettre à votre guide la fiche d'information pour chaque médicament prescrit par votre médecin. Vous obtiendrez cette fiche gratuitement chez votre pharmacien.

Nom du médicament	
Raison de la prise de ce médicament	
Posologie	
Effets secondaires	
Contre-indications générales	
Contre-indications avec les médicaments mentionnés ci-dessous	

Nom du médicament	
Raison de la prise de ce médicament	
Posologie	
Effets secondaires	
Contre-indications générales	
Contre-indications avec les médicaments mentionnés ci-dessous	

Nom du médicament	
Raison de la prise de ce médicament	
Posologie	
Effets secondaires	
Contre-indications générales	
Contre-indications avec les médicaments mentionnés ci-dessous	



## Questionnaire Médical

Nom du médicament	
Raison de la prise de ce médicament	
Posologie	
Effets secondaires	
Contre-indications générales	
Contre-indications avec les médicaments mentionnés ci-dessous	

Nom du médicament	
Raison de la prise de ce médicament	
Posologie	
Effets secondaires	
Contre-indications générales	
Contre-indications avec les médicaments mentionnés ci-dessous	

J'atteste avoir discuté avec mon médecin et/ou pharmacien des contre-indications liées à la prise de mes médicaments et des médicaments possiblement utilisés pour les voyages en altitude; Acetazolamide (Diamox), Dexamethasone (Decadron), Zythromax, Ciprofloxacine.

Si une contre-indication existe, je m'engage à en aviser le personnel de Terra Ultima et mon guide.

Nom (en lettre moulées) : \_\_\_\_\_

Signature : \_\_\_\_\_ Date : \_\_\_\_\_