

→ QUESTIONNAIRE SANTÉ VOYAGE →

Nom : _____ Tel : _____
DDN : _____ Poids (si enfant) : _____ Kg/Lbs

All/Intol Non Oui : _____
Grossesse Non Oui (DPA) : _____
Allaitement Non Oui : _____

Dossier Rx ici Oui Si Non précisez
Prenez-vous des médicaments : _____

Destination : _____
Date départ : ___/___/___ Durée du séjour: _____
Tout inclus Oui (si non précisez) : _____
Vaccination à jour Oui Non : _____

- Diarrhée du voyage :
- Prévention de la malaria :
- MAM (si séjourne à + de 2000m altitude):
- MVL : imodium, gravol, électrolytes...

→ QUESTIONNAIRE SANTÉ VOYAGE →

Nom : _____ Tel : _____
DDN : _____ Poids (si enfant) : _____ Kg/Lbs

All/Intol Non Oui : _____
Grossesse Non Oui (DPA) : _____
Allaitement Non Oui : _____

Dossier Rx ici Oui Si Non précisez
Prenez-vous des médicaments : _____

Destination : _____
Date départ : ___/___/___ Durée du séjour: _____
Tout inclus Oui (si non précisez) : _____
Vaccination à jour Oui Non : _____

- Diarrhée du voyage :
- Prévention de la malaria :
- MAM (si séjourne à + de 2000m altitude):
- MVL : imodium, gravol, électrolytes...

→ QUESTIONNAIRE SANTÉ VOYAGE →

Nom : _____ Tel : _____
DDN : _____ Poids (si enfant) : _____ Kg/Lbs

All/Intol Non Oui : _____
Grossesse Non Oui (DPA) : _____
Allaitement Non Oui : _____

Dossier Rx ici Oui Si Non précisez
Prenez-vous des médicaments : _____

Destination : _____
Date départ : ___/___/___ Durée du séjour: _____
Tout inclus Oui (si non précisez) : _____
Vaccination à jour Oui Non : _____

- Diarrhée du voyage :
- Prévention de la malaria :
- MAM (si séjourne à + de 2000m altitude):
- MVL : imodium, gravol, électrolytes...

→ QUESTIONNAIRE SANTÉ VOYAGE →

Nom : _____ Tel : _____
DDN : _____ Poids (si enfant) : _____ Kg/Lbs

All/Intol Non Oui : _____
Grossesse Non Oui (DPA) : _____
Allaitement Non Oui : _____

Dossier Rx ici Oui Si Non précisez
Prenez-vous des médicaments : _____
Avez-vous des problèmes de santé : _____

Destination : _____
Date départ : ___/___/___ Durée du séjour: _____
Tout inclus Oui (si non précisez) : _____
Vaccination à jour Oui Non : _____

- Diarrhée du voyage :
- Prévention de la malaria :
- MAM (si séjourne à + de 2000m altitude):
- MVL : imodium, gravol, électrolytes...

→ QUESTIONNAIRE SANTÉ VOYAGE →

Nom : _____ Tel : _____
DDN : _____ Poids (si enfant) : _____ Kg/Lbs

All/Intol Non Oui : _____
Grossesse Non Oui (DPA) : _____
Allaitement Non Oui : _____

Dossier Rx ici Oui Si Non précisez
Prenez-vous des médicaments : _____
Avez-vous des problèmes de santé : _____

Destination : _____
Date départ : ___/___/___ Durée du séjour: _____
Tout inclus Oui (si non précisez) : _____
Vaccination à jour Oui Non : _____

- Diarrhée du voyage :
- Prévention de la malaria :
- MAM (si séjourne à + de 2000m altitude):
- MVL : imodium, gravol, électrolytes...

→ QUESTIONNAIRE SANTÉ VOYAGE →

Nom : _____ Tel : _____
DDN : _____ Poids (si enfant) : _____ Kg/Lbs

All/Intol Non Oui : _____
Grossesse Non Oui (DPA) : _____
Allaitement Non Oui : _____

Dossier Rx ici Oui Si Non précisez
Prenez-vous des médicaments : _____
Avez-vous des problèmes de santé : _____

Destination : _____
Date départ : ___/___/___ Durée du séjour: _____
Tout inclus Oui (si non précisez) : _____
Vaccination à jour Oui Non : _____

- Diarrhée du voyage :
- Prévention de la malaria :
- MAM (si séjourne à + de 2000m altitude):
- MVL : imodium, gravol, électrolytes...