



# VOTRE PHARMACIEN PEUT EXERCER DE NOUVELLES ACTIVITÉS PROFESSIONNELLES

## CONSULTATION SANTÉ VOYAGE

### Informations requises pour préparer votre consultation

Votre pharmacien peut vous conseiller pour prévenir ou traiter certains problèmes de santé en vous recommandant des médicaments en vente libre, en vous prescrivant des médicaments d'ordonnance ou en vous conseillant des trucs simples pour vous soulager.

Votre pharmacien a besoin de connaître plusieurs renseignements afin de bien vous servir. Ainsi, en lui fournissant toute l'information dont il a besoin, vous pouvez l'aider à exécuter son travail. Les renseignements fournis seront conservés confidentiellement dans votre dossier.

Une fois ce questionnaire complété, apportez-le pour votre consultation avec le pharmacien. Il vous rencontrera pour évaluer avec vous la situation et vous conseiller l'alternative appropriée.

### Section 1 - RENSEIGNEMENTS GÉNÉRAUX

Nom \_\_\_\_\_ Prénom \_\_\_\_\_

Sexe H  F

Date de naissance \_\_\_\_/\_\_\_\_/\_\_\_\_

Médecin de famille \_\_\_\_\_ Je n'ai pas de médecin de famille

Avez-vous des allergies ou des intolérances à des médicaments, à des aliments ou autres?  
\_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_

Prenez-vous des médicaments ou des produits naturels qui ne sont pas inscrits à votre dossier à la pharmacie?  
\_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_

Fumez-vous? Oui  Non  Si oui, combien de cigarettes par jour? \_\_\_\_\_

Quel est votre poids? \_\_\_\_\_ kg \_\_\_\_\_ lb

Êtes-vous enceinte? Oui  Non  C'est possible  Si oui, date prévue d'accouchement? \_\_\_\_/\_\_\_\_/\_\_\_\_

Allaitiez-vous? Oui  Non

### Section 2 - RENSEIGNEMENTS RELATIFS AU VOYAGE

Quelle(s) région(s) allez-vous visiter, et quelle est la durée de votre séjour?

Région \_\_\_\_\_ Durée \_\_\_\_\_

Région \_\_\_\_\_ Durée \_\_\_\_\_

Région \_\_\_\_\_ Durée \_\_\_\_\_

Région \_\_\_\_\_ Durée \_\_\_\_\_

Avez-vous déjà reçu un vaccin pour les maladies suivantes:

- |  |  |   |  |
|--|--|---|--|
| <input type="checkbox"/> Choléra               | <input type="checkbox"/> Fièvre jaune            | <input type="checkbox"/> Méningite à méningocoque | <input type="checkbox"/> Rougeole                  |
| <input type="checkbox"/> Coqueluche            | <input type="checkbox"/> Fièvre typhoïde         | <input type="checkbox"/> Oreillons                | <input type="checkbox"/> Rubéole                   |
| <input type="checkbox"/> Diphtérie             | <input type="checkbox"/> Hépatite A              | <input type="checkbox"/> Pneumocoque              | <input type="checkbox"/> Tétanos                   |
| <input type="checkbox"/> Encéphalite à tiques  | <input type="checkbox"/> Hépatite B              | <input type="checkbox"/> Polio                    | <input type="checkbox"/> Varicelle                 |
| <input type="checkbox"/> Encéphalite japonaise | <input type="checkbox"/> Grippe (année en cours) | <input type="checkbox"/> Rage                     | <input type="checkbox"/> Virus du papillome humain |