

## Questionnaire Médical

Dans le but de nous assurer que tous les voyageurs ont les capacités requises pour effectuer leur voyage et pour faciliter la tâche de nos guides dans la cueillette d'informations qui pourraient s'avérer importantes dans certaines situations, nous vous demandons de remplir le formulaire ci-joint et de bien lire les informations contenues sur ce document (recto-verso). Merci.

**Votre nom (en lettres majuscules) :** \_\_\_\_\_

**CONTACT EN CAS D'URGENCE :** Nom : \_\_\_\_\_

Tél : \_\_\_\_\_ Lien : \_\_\_\_\_

**Compagnie d'assurance-voyage (si applicable) :** \_\_\_\_\_

**Numéro de la police d'assurance (si applicable) :** \_\_\_\_\_

**Numéro de téléphone de l'assureur (si applicable) :** \_\_\_\_\_

- | Oui                   | Non                   |   |
|-----------------------|-----------------------|---|
| <input type="radio"/> | <input type="radio"/> | 1. Un professionnel de la santé vous a-t-il déjà dit que vous avez ou avez peut-être un problème cardiaque?   |
| <input type="radio"/> | <input type="radio"/> | 2. Un professionnel de la santé vous a-t-il déjà dit que votre tension artérielle était trop élevée ou irrégulière?   |
| <input type="radio"/> | <input type="radio"/> | 3. Êtes-vous en mesure de marcher 4 heures sur une période de 7 heures, sur terrain plat, et ce sur quelques jours consécutifs?   |
| <input type="radio"/> | <input type="radio"/> | 4. Êtes-vous en mesure de marcher pendant 4 heures sur une période de 7 heures, et ce en terrain montagneux ou vallonné?  |
| <input type="radio"/> | <input type="radio"/> | 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 transport difficiles?   |
| <input type="radio"/> | <input type="radio"/> | 6. Avez-vous de la difficulté à vous adapter à l'altitude, à la chaleur et/ou au froid?   |
| <input type="radio"/> | <input type="radio"/> | 7. Portez-vous des lentilles cornéennes, des verres correcteurs (lunettes) ou autre prothèses?  |
| <input type="radio"/> | <input type="radio"/> | 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 ou souffrez-vous de vertige?  |
| <input type="radio"/> | <input type="radio"/> | 9. Avez-vous des problèmes auditifs assez importants pour avoir de la difficulté à communiquer avec des personnes lorsqu'elles sont assez près de vous?   |
| <input type="radio"/> | <input type="radio"/> | 10. Avez-vous des problèmes dermatologiques (peau) qui apparaissent ou sont aggravés par le soleil, la chaleur ou le froid?   |
| <input type="radio"/> | <input type="radio"/> | 11. Avez-vous des phobies (peur des hauteurs, de l'eau, de la noirceur, des endroits restreints ou autres)?   |
| <input type="radio"/> | <input type="radio"/> | 12. Souffrez-vous ou avez-vous déjà souffert : <ul style="list-style-type: none"><li>▪ d'allergies (froid, noix, aliments, médicaments ou autres)? Si oui, il est de votre responsabilité d'apporter les médicaments nécessaires. (Épipen™ ou autres)</li><li>▪ de problèmes émotionnels, psychologiques ou psychiatriques?</li><li>▪ de diabète ou d'hypoglycémie?</li><li>▪ d'épilepsie?</li><li>▪ d'hémophilie?</li><li>▪ d'autres maladies, infections chroniques, hépatite ou troubles de santé?</li></ul> |
| <input type="radio"/> | <input type="radio"/> | 13. Avez-vous déjà subi des blessures ou opérations anciennes ou récentes? (tendinite, fracture, élongation...)   |
| <input type="radio"/> | <input type="radio"/> | 14. Avez-vous un handicap susceptible de restreindre vos activités physiques?   |
| <input type="radio"/> | <input type="radio"/> | 15. Prenez-vous des médicaments au quotidien? Si oui, lesquels (avec posologie s.v.p)?  |
| <input type="radio"/> | <input type="radio"/> | 16. Avez-vous des restrictions alimentaires? (végétarien, intolérance à un aliment, diète particulière, etc.)   |

**Vous êtes invités (es) à compléter ou préciser toute information pertinente sur une feuille annexe.**

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 **Explorateur Voyages** 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 **Explorateur Voyages** 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 du voyageur : \_\_\_\_\_

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