

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 | |
|-----------------------|-----------------------|--|
| <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.Ressentez-vous des douleurs à la poitrine ou au cœur à l'effort et/ou au repos? |
| <input type="radio"/> | <input type="radio"/> | 4.Ressentez-vous des étourdissements, des faiblesses ou des pertes de conscience à l'effort et/ou au repos? |
| <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 transports difficiles? |
| <input type="radio"/> | <input type="radio"/> | 6.Avez-vous de la difficulté à vous adapter 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? |
| <input type="radio"/> | <input type="radio"/> | 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? |
| <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"> <input type="checkbox"/> d'allergies (froid, noix, aliments, médicaments ou autres)? Si oui, il est de votre responsabilité d'apporter les médicaments nécessaires. (<i>Épipen™</i> ou autres) <input type="checkbox"/> de problèmes émotionnels, psychologiques ou psychiatriques? <input type="checkbox"/> de diabète ou d'hypoglycémie? <input type="checkbox"/> d'épilepsie? <input type="checkbox"/> d'hémophilie? <input type="checkbox"/> d'autres maladies, infections chroniques, hépatite ou troubles de santé? |
| <input type="radio"/> | <input type="radio"/> | 13.Avez-vous déjà subi des blessures ou opérations anciennes ou récentes? (Tendinite, élongation...) |
| <input type="radio"/> | <input type="radio"/> | 14.Avez-vous un handicap susceptible de restreindre les activités physiques? |
| <input type="radio"/> | <input type="radio"/> | 15.Prenez-vous des médicaments au quotidien? Si oui, svp répondre à la page « médicaments » |
| <input type="radio"/> | <input type="radio"/> | 16.Êtes-vous enceinte? |
| <input type="radio"/> | <input type="radio"/> | 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 _____

CONDITIONS PRÉALABLES : Voyages en altitude et expéditions de montagne

- | Oui | Non | |
|-----------------------|-----------------------|--|
| <input type="radio"/> | <input type="radio"/> | 1. Êtes vous âgé de 16 ans ou plus? C'est pour nous l'âge minimum pour ce type de voyage (Altitude de plus de 5000 m.) |
| <input type="radio"/> | <input type="radio"/> | 2. Êtes vous capable de porter un sac à dos entre 12 et 18 kg sur plusieurs jours pendant 4 à 8 heures de marche? |
| <input type="radio"/> | <input type="radio"/> | 3. Êtes vous en mesure de faire de l'exercice physique quotidiennement dans des conditions difficiles (froid, chaleur, vent, pluie)? |
| <input type="radio"/> | <input type="radio"/> | 4. Êtes vous en mesure de participer à des tâches physique de groupe qui demander la contribution de chacun? |
| <input type="radio"/> | <input type="radio"/> | 5. Vous considérez vous comme étant endurant au niveau psychologique vis-à-vis des situations contraignantes ou difficiles? |

NOTE : Si vous inscrivez "non" sur un point ou plus, vous devez en parler au responsable du voyage avant votre départ. La participation pourrait être refusée.

IMPORTANT : Nous suggérons de prendre un rendez-vous avec votre médecin avant de répondre à cette section

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 artério-veineuse 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
- Problème de dent qui pourrait se déclarer ou compliquer pendant le voyage? (Nous conseillons une visite chez le dentiste avant)
- Toute condition médicale significative non contrôlée

Nom (en lettres moulées) : _____

Signature : _____ Date : _____



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 : _____