

Questionnaire à compléter par le médecin MEDA

Date ____/____/20____ (jj/mm/aaaa)

Numéro de vol _____

Numéro de siège (sur le billet & réel) _____ / _____

Identification du voyageur

Nom & prénom: _____

Adresse:

Rue & numéro: _____

Code postal et ville: _____

Pays: _____

Nationalité: _____

Sexe: M / F

Date de naissance (jj/mm/aaaa): ____/____/20____

Pays d'embarquement: _____

N° de téléphone où l'on peut joindre le voyageur: _____

N° de téléphone d'un parent ou ami (au cas où on ne peut pas le joindre): (+ _____) _____ - _____

N'oubliez pas de mentionner le code du pays!

Vol en correspondance (information figurant sur votre billet d'avion):

Compagnie aérienne: _____

Numéro de vol: _____

Numéro de siège: _____

Questionnaire

1	Avez-vous de la fièvre ou avez-vous eu de la fièvre au cours des dernières 24 heures? (fièvre: température > 38 °C ou 100,40 °F)	OUI <input type="checkbox"/>	NON <input type="checkbox"/>
2	Avez-vous séjourné dans un pays / une zone affecté(e) au cours des 21 derniers jours?	OUI <input type="checkbox"/>	NON <input type="checkbox"/>

3	Avez-vous eu un contact physique avec des personnes malades ou décédées?	OUI <input type="checkbox"/>	NON <input type="checkbox"/>
4	Avez-vous eu un contact physique avec des animaux sauvages (p. ex. singes, antilopes, chauves-souris)?	OUI <input type="checkbox"/>	NON <input type="checkbox"/>
5	Avez-vous consommé du "bush meat" (viande de brousse) ?	OUI <input type="checkbox"/>	NON <input type="checkbox"/>

6	<p><i>Présentez-vous d'autres symptômes tels que:</i></p> <ul style="list-style-type: none"> malaises, maux de tête, douleurs musculaires, mal de gorge, nausées, vomissements, douleurs abdominales, diarrhée, douleurs dans la poitrine, toux, perte d'haleine, rougeurs, yeux injectés de sang, hémorragies? (entourer ce qui convient) autres? _____ 	OUI <input type="checkbox"/>	NON <input type="checkbox"/>
---	--	---------------------------------	---------------------------------

7.	Avez-vous été malade pendant votre séjour dans le pays / la zone affecté(e)?	OUI <input type="checkbox"/>	NON <input type="checkbox"/>
8.	Vous êtes-vous rendu(e) chez un médecin ou dans le pays / la zone affecté(e)?	OUI <input type="checkbox"/>	NON <input type="checkbox"/>
9.	Avez-vous eu un contact physique avec les fluides corporels d'autres personnes (p. ex. sang, vomissures, selles, etc.)?	OUI <input type="checkbox"/>	NON <input type="checkbox"/>
10.	De quels maux vous plaignez-vous en ce moment? (p. ex. nausées, vomissements, diarrhée, douleurs musculaires et/ou articulaires, etc.)?	<hr/> <hr/> <hr/>	
11.	Depuis quand vous sentez-vous mal?	<hr/> <hr/> <hr/>	
12.	Souffrez-vous d'autres problèmes de santé? Si oui, lesquels?	<hr/> <hr/> <hr/>	
13.	Avez-vous pris des médicaments quelconques (pour faire tomber la fièvre)? Quels médicaments prenez-vous de façon régulière?	<hr/> <hr/> <hr/>	
14.	Avez-vous pris des médicaments préventifs contre la malaria?	OUI <input type="checkbox"/>	NON <input type="checkbox"/>
15.	Quels vaccins avez-vous reçu avant votre voyage? À quand remonte votre dernière injection?	<hr/> <hr/> <hr/>	
16.	Certains de vos compagnons de voyage sont-ils malades? Lesquels?	<hr/> <hr/> <hr/>	
17.	Où exactement dans le pays / la zone affecté(e) êtes-vous allé(e)?	<hr/> <hr/> <hr/>	
18.	Pendant combien de temps êtes-vous resté(e) dans le pays / la zone affecté(e)?	<hr/> <hr/> <hr/>	
19.	Que faisiez-vous exactement dans le pays / la zone affecté(e)?	<hr/> <hr/> <hr/>	