



# Demande de consultation santé-voyage

## IDENTIFICATION DU PATIENT

Nom: \_\_\_\_\_ Prénom: \_\_\_\_\_

Téléphone: \_\_\_\_\_ Courriel: \_\_\_\_\_

Homme  Femme Poids: \_\_\_\_\_ Date naissance: \_\_\_\_/\_\_\_\_/\_\_\_\_

Allergies: \_\_\_\_\_ Intolérance : \_\_\_\_\_ Tabac: \_\_\_\_/jr Alcool:\_\_\_\_/sem

Grossesse /Nb semaine : \_\_\_\_\_  Allaitement : \_\_\_\_\_

RAMQ : \_\_\_\_\_  Assurances Privées : \_\_\_\_\_

## INFORMATION SUR LE VOYAGE

Destination: (Villes et régions ) \_\_\_\_\_

Date du départ : \_\_\_\_\_ Durée : \_\_\_\_\_

Tourisme zone hôtelière  Affaires  Échange étudiant  
 Amis/Famille  Groupe Organisé  Sport à risque : \_\_\_\_\_  
 Hors circuits touristiques  Long séjour  Saison des pluies

S'il vous plaît apporter votre CARNET DE VACCINATION lors de la consultation

Coût de la consultation par pathologie : 16\$ (Une partie du montant peut être couvert par la RAMQ ou un régime d'assurances collectives)

Diarrhée du Voyageur  
 Malaria  
 Mal aigu des montagnes

Retournez le formulaire avant la rencontre

par **courriel** à : [info@pharmaciecarolecyr.com](mailto:info@pharmaciecarolecyr.com) OU par **FAX** : 514-303-1876

Pour usage de la pharmacie : Consultations pour  Diarrhée du Voyageur  MAM  Malaria  
 Trousse personnalisé