



FICHE MÉDICALE (à compléter avec l'aide de votre médecin)

NOM	
PRÉNOM	
DATE DE NAISSANCE	
POIDS	
GROUPE SANGUIN - RHESUS	
TENSION ARTERIELLE HABITUELLE	

ANTÉCÉDENTS (merci de préciser l'année)	
INTERVENTIONS CHIRURGICALES	FRACTURES

MALADIES ET/OU AFFECTIONS EN COURS		
MÉDICAMENTS ET/OU TRAITEMENTS EN COURS ET/OU RÉGIME PARTICULIER	QUESTIONS	RÉPONSES (et si OUI, lesquels?)
	<p>- Prenez-vous des médicaments</p> <p style="padding-left: 20px;">A. pour le cœur ?</p> <p style="padding-left: 20px;">B. pour rendre le sang moins coagulable ?</p> <p style="padding-left: 20px;">C. contre l'épilepsie ?</p> <p>- Prenez-vous de la cortisone ?</p> <p>- Avez-vous eu la jaunisse ?</p> <p>- Autres médicaments et/ou traitement en cours et/ou régime particulier</p> <p>_____</p> <p>_____</p> <p>_____</p> <p>_____</p> <p>_____</p> <p>_____</p> <p>_____</p> <p>_____</p> <p>_____</p>	<p>A. NON / OUI : _____</p> <p>B. NON / OUI : _____</p> <p>C. NON / OUI : _____</p> <p>NON / OUI</p> <p>NON / OUI</p> <p>Lesquels ? Pour quelles raisons ?</p> <p>_____</p> <p>_____</p> <p>_____</p> <p>_____</p> <p>_____</p> <p>_____</p> <p>_____</p> <p>_____</p>
ALLERGIES PARTICULIÈRES (Aliments, piqûres d'insectes, acariens, animaux, latex, ...)	(Merci d'indiquer comment soulager le mieux cette allergie)	
ENNUIS DE SANTÉ CHRONIQUES (Migraines, saignements, asthme, spasmophilie, souffle au cœur, ...)		

MEDICAMENTS CONTRINDIQUÉS (Pour quelles raisons ?)	
MALADIES TROPICALES (+ année et traitement reçu)	

TRAITEMENT CHOISI POUR LA MALARIA :
--

COORDONNEES DU MEDECIN TRAITANT	
NOM	
ADRESSE	
TELEPHONE	

COORDONNEES DU MEDECIN SPECIALISTE (s'il y a lieu) (merci d'indiquer sur quel plan il vous suit)	
NOM	
ADRESSE	
TELEPHONE	

COORDONNEES DE 2 PERSONNES QUE NOUS POUVONS CONTACTER EN CAS DE PROBLEME	
Coordonnées de la première personne	
NOM	
ADRESSE	
TELEPHONE	
Coordonnées de la deuxième personne	
NOM	
ADRESSE	
TELEPHONE	

REMARQUES

Le document est dûment complété et conforme à la situation du participant à ce jour,

Signature du participant ou de ses représentants légaux :

Signature et cachet du médecin traitant, tenant lieu de certificat d'aptitude pour un voyage de 10 jours au Burkina: