

Nom (en lettres moulées) : \_\_\_\_\_

Contacts en cas d'urgence (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

1. Un professionnel de la santé vous a-t-il déjà dit que vous avez ou avez peut-être un problème cardiaque?
2. Un professionnel de la santé vous a-t-il déjà dit que votre tension artérielle était trop élevée ou irrégulière?
3. Ressentez-vous des douleurs à la poitrine ou au cœur à l'effort et/ou au repos?
4. Ressentez-vous des étourdissements, des faiblesses ou des pertes de conscience à l'effort et/ou au repos?
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?
6. Avez-vous de la difficulté à vous adapter à la chaleur et/ou au froid?
7. Portez-vous des lentilles cornéennes, des verres correcteurs (lunettes) ou autres prothèses?
8. Avez-vous des problèmes visuels tels que difficulté à juger des distances, des hauteurs ou des couleurs, très grande sensibilité à la lumière ou autres?
9. Avez-vous des problèmes auditifs assez importants pour avoir de la difficulté à communiquer avec des personnes lorsqu'elles sont près de vous ou loin?
10. Avez-vous des problèmes dermatologiques (peau) qui apparaissent ou sont aggravés par le soleil, la chaleur ou le froid?
11. Avez-vous des phobies (peur des hauteurs, de l'eau, de la noirceur, des endroits restreints ou autres)?
12. Souffrez-vous ou avez-vous déjà souffert :
- d'allergies (froid, noix, aliments, médicaments ou autres)? Si oui, précisez : \_\_\_\_\_
  - Il est de votre responsabilité d'apporter les médicaments nécessaires. (Épipen™ ou autres)*
  - de problèmes émotionnels, psychologiques ou psychiatriques?
  - de diabète ou d'hypoglycémie?
  - d'épilepsie?
  - d'hémophilie?
  - d'autres maladies, infections chroniques, hépatite ou troubles de santé?
13. Avez-vous déjà subi des blessures ou opérations anciennes ou récentes? (Tendinite, élongation...)  
Si oui, précisez : \_\_\_\_\_
14. Avez-vous un handicap susceptible de restreindre les activités physiques?
15. Prenez-vous des médicaments au quotidien? Si oui, svp répondre à la page « médicaments ».
16. Avez-vous des restrictions alimentaires (végétarien, intolérance à un aliment, diète particulière, etc.) ?  
Si oui, le préciser ici : \_\_\_\_\_

Si vous avez répondu oui à une des questions précédentes (sauf s'il y avait un espace de réponse), **veuillez svp préciser dans cet espace :**

Commentaire(s) :

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 :**

- |                       |                       |  |
|-----------------------|-----------------------|--|
| 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.  |
| <input type="radio"/> | <input type="radio"/> | 2. Êtes vous capable de porter un sac à dos entre 5 à 8 kg pendant 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 régulièrement dans des conditions difficiles (froid, chaleur, vent, pluie)? |
| <input type="radio"/> | <input type="radio"/> | 4. Êtes vous en mesure de participer à des tâches physiques de groupe qui demandent la contribution de chacun?                     |
| <input type="radio"/> | <input type="radio"/> | 5. Vous considérez-vous comme étant endurant au niveau psychologique face à 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.**

**Commentaires :**

**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	

Nom du médicament	
Raison de la prise de ce médicament	
Posologie	
Effets secondaires	
Contre-indications générales	

J'atteste avoir discuté avec mon médecin, clinique Santé-Voyage, ou pharmacien des contre-indications liées à la prise de mes médicaments et des médicaments possiblement utilisés pour le voyage pour l'altitude ou autres médicaments pour contrer des maladies propres au(x) pays visité(s). Exemples pour l'altitude : **Acetazolamide (Diamox), Zythromax, Ciprofloxacine.**

Si une contre-indication existe, je m'engage à en aviser le personnel de Terra Ultima et mon guide.

Signature : \_\_\_\_\_

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

**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
- Testé(e) positif(ve) au virus de la COVID-19 ou en relation avec une personne infectée. Si oui, nous en aviser.

## AUTRES

- Grossesse (êtes-vous enceinte ou le serez-vous durant le voyage?) \_\_\_\_\_
- 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

## 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 **Terra Ultima 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 **Terra Ultima 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: \_\_\_\_\_

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