

Auto-certification des voyageurs

S.V.P écrire en lettres majuscules

Nom _____	Etichetta AMB Viaggio
Prénom _____	
Date de naissance _____ Adresse/NAP/Lieu _____	
Nationalité _____ Tel. privé _____	

Destination
 Date du départ
 Date de retour inconnue
 Motif du voyage affaires tourisme résidence
 autre
 Conditions de voyage simples bonnes luxueuses
 Premier voyage aux tropiques? OUI NON
 Envoyé par le médecin traitant? OUI NON

Souffrez-vous actuellement d'un des problèmes suivants?			
Avez vous des problèmes de santé?	<input type="checkbox"/> OUI	<input type="checkbox"/> NON	
Fièvre	<input type="checkbox"/> OUI	<input type="checkbox"/> NON	
Maladie chronique	<input type="checkbox"/> OUI	<input type="checkbox"/> NON	
Complications après un vaccin	<input type="checkbox"/> OUI	<input type="checkbox"/> NON	
Allergies (oeuf, médicaments)	<input type="checkbox"/> OUI	<input type="checkbox"/> NON	
Psoriasis	<input type="checkbox"/> OUI	<input type="checkbox"/> NON	
Tumeurs	<input type="checkbox"/> OUI	<input type="checkbox"/> NON	
Maladies neurologiques	<input type="checkbox"/> OUI	<input type="checkbox"/> NON	
Maladies cardiovasculaires	<input type="checkbox"/> OUI	<input type="checkbox"/> NON	
Déficits immunitaires	<input type="checkbox"/> OUI	<input type="checkbox"/> NON	
Troubles émotionnels/psychiatriques	<input type="checkbox"/> OUI	<input type="checkbox"/> NON	
Troubles de la coagulation	<input type="checkbox"/> OUI	<input type="checkbox"/> NON	
Autres maladies	<input type="checkbox"/> OUI	<input type="checkbox"/> NON	
Je prends des médicaments	<input type="checkbox"/> OUI	<input type="checkbox"/> NON	
Grossesse prévue ou en cours	<input type="checkbox"/> OUI	<input type="checkbox"/> NON	
Liste des médicaments/allergies/observations:			

Merci de bien vouloir informer le médecin si vous souffrez d'une maladie du système immunitaire, d'une allergie, où si vous prenez des médicaments!

En cas de vaccination contre fièvre jaune, rougeole, oreillons, rubéole, il est recommandé d'éviter une grossesse dans les 4 semaines qui suivent la vaccination.

Lieu, date

envoyer par
e-mail

Envoyer à l'ambulatorio de Lugano
medicinadiviaggio.lugano@eoc.ch

Signature

envoyer par
e-mail

Envoyer à l'ambulatorio de Mendrisio
medicinadiviaggio.mendrisio@eoc.ch