



**SECTION 2 – DIAGNOSTIC, MANIFESTATION ET EXPLORATIONS (suite)**

- 2.1.12 les toxines et infections liées au poisson (précisez le type) \_\_\_\_\_
- 2.1.13 les infections transmises sexuellement (dans le mois suivant le voyage, sauf le VIH)  
(précisez le type) \_\_\_\_\_
- 2.1.14 les infections parasitiques (p. ex., la schistosomiase, les helminthes [vers], la maladie de Chagas)  
(précisez le type) \_\_\_\_\_
- 2.1.15 les zoonoses (transmises par des animaux; p. ex., leptospirose, anthrax)  
(précisez le type) \_\_\_\_\_
- 2.1.16 les autres maladies transmises par des animaux (à part la dengue, l'encéphalite japonaise ou le paludisme; p. ex., rickettsie, fièvres virales y compris la fièvre jaune, autres fièvres hémorragiques virales et chikungunya, leishmaniose) (précisez le type) \_\_\_\_\_
- 2.1.17 l'envenimation (p. ex., serpent, araignée, scorpion) \_\_\_ (précisez le type) \_\_\_\_\_
- 2.1.18 les morsures d'animaux exigeant l'administration du vaccin contre la rage \_\_\_  
(précisez l'animal) \_\_\_\_\_
- 2.1.19 les autres (une infection des voyageurs en émergence, comme le SRAS) \_\_\_\_\_
- 2.2 Présentation de la maladie :
- 2.2.1 Symptômes (cochez toutes les réponses applicables)  
Fièvre \_\_\_ Éruption \_\_\_ Diarrhée \_\_\_ Toux \_\_\_ Jaunisse \_\_\_ Encéphalite \_\_\_  
Autre \_\_\_ (énumérez tous les signes et symptômes) \_\_\_\_\_
- 2.2.2 L'enfant a consulté à : un cabinet ou une clinique \_\_\_ l'urgence \_\_\_
- 2.2.3 Êtes-vous le premier médecin à voir le patient? Oui \_\_\_ Non \_\_\_
- 2.3 L'intervalle entre :
- 2.3.1 le début du voyage et l'apparition des symptômes \_\_\_ jours \_\_\_ semaines \_\_\_ mois
- 2.3.2 l'apparition des symptômes et la consultation chez le médecin \_\_\_ jours \_\_\_ semaines
- 2.3.3 l'apparition des symptômes et le diagnostic \_\_\_ jours \_\_\_ semaines
- 2.4 Exploration(s) confirmant le diagnostic (énumérez-les toutes) : \_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_

**SECTION 3 – DÉTAILS DU VOYAGE**

- 3.1 Pays visités pendant le voyage (énumérez-les tous) : \_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_
- 3.2 Mois où le voyage a eu lieu : \_\_\_\_\_
- 3.3 Durée du voyage : \_\_\_ jours \_\_\_ semaines \_\_\_ mois
- 3.4 Type de voyage : rural \_\_\_ urbain \_\_\_ les deux \_\_\_
- 3.5 Types et caractéristiques de l'hébergement pendant le voyage (cochez toutes les réponses applicables) :  
Maison familiale \_\_\_ Climatisation \_\_\_ Moustiquaires \_\_\_ Inconnu \_\_\_  
Autre (décrivez) \_\_\_\_\_
- 3.6 A-t-il ingéré des aliments et de l'eau à haut risque?
- |   | Oui | Non | Inconnu |
|---|-----|-----|---------|
| • Aliments de vendeurs de rue               | ___ | ___ | ___     |
| • Eau non traitée                           | ___ | ___ | ___     |
| • Produits laitiers non pasteurisés         | ___ | ___ | ___     |
| • Viande ou poisson crus ou pas assez cuits | ___ | ___ | ___     |
| • Fruits et légumes crus ou non pelés       | ___ | ___ | ___     |

**SECTION 3 – DÉTAILS DU VOYAGE (suite)**

3.7 Avait-on demandé conseil avant le voyage? **Oui Non Inconnu**

\_\_\_ \_\_\_ \_\_\_

Dans l'affirmative, précisez de quelle source :

- Clinique de médecine des voyages : MD \_\_\_ Infirmière \_\_\_ Autre \_\_\_\_\_
- Clinique de santé publique : MD \_\_\_ Infirmière \_\_\_ Autre \_\_\_\_\_
- Pédiatre \_\_\_ Omnipraticien \_\_\_ Autre \_\_\_\_\_

3.8 Le patient a-t-il respecté les conseils reçus avant le voyage?

**Oui Non Inconnu**

- Recommandations au sujet des vaccins : \_\_\_ \_\_\_ \_\_\_

Dans l'affirmative, précisez tous les vaccins administrés et le moment de leur administration par rapport au voyage : \_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

- Précautions à l'égard des aliments et de l'eau : \_\_\_ \_\_\_ \_\_\_
- Mesures de prévention du paludisme (au besoin) : \_\_\_ \_\_\_ \_\_\_

Dans l'affirmative, précisez :

Moustiquaires \_\_\_

Insectifuge \_\_\_

Vêtements protecteurs \_\_\_

Chimioprophylaxie \_\_\_ Précisez les médicaments \_\_\_\_\_

**Oui Non Inconnu**

3.9 A-t-il été exposé : au perçage du corps ou au tatouage? \_\_\_ \_\_\_ \_\_\_  
à l'eau douce? \_\_\_ \_\_\_ \_\_\_

**SECTION 4 – PRISE EN CHARGE**

4.1 Rapport à la santé publique : Effectué \_\_\_ Non effectué \_\_\_ Inconnu \_\_\_

S'il a été effectué, précisez par qui : Vous \_\_\_ Quelqu'un d'autre \_\_\_

4.2 Soins ambulatoires seulement \_\_\_

4.3 Hospitalisation : Nombre total de jours \_\_\_\_\_ Journées à l'unité de soins intensifs \_\_\_\_\_

**SECTION 5 – ISSUE**

**Oui Non Inconnu**

5.1 Enfant toujours hospitalisé \_\_\_ \_\_\_ \_\_\_

5.2 Enfant transféré à un autre hôpital \_\_\_ \_\_\_ \_\_\_

Dans l'affirmative, précisez le type d'établissement \_\_\_\_\_

5.3 L'enfant a reçu son congé à la maison \_\_\_ \_\_\_ \_\_\_

Dans l'affirmative, rétablissement complet : \_\_\_

Rétablissement avec des séquelles (énumérez) : \_\_\_\_\_

5.4 L'enfant est décédé \_\_\_ \_\_\_ \_\_\_

Dans l'affirmative, âge au moment du décès : \_\_\_\_\_ mois / années Cause du décès \_\_\_\_\_

5.5 Perdu au suivi \_\_\_

**SECTION 6 – MÉDECIN DÉCLARANT**

Prénom \_\_\_\_\_ Nom \_\_\_\_\_  
Adresse \_\_\_\_\_  
Ville \_\_\_\_\_ Province \_\_\_\_\_ Code postal \_\_\_\_\_  
Téléphone \_\_\_\_\_ Télécopieur \_\_\_\_\_  
Courriel \_\_\_\_\_ Date de complétion \_\_\_\_\_

**Merci d'avoir rempli ce formulaire.**

(MVEA 2009-03)