

QUESTIONNAIRE MÉDICAL TRAVAIL EN HAUTE ALTITUDE

NOM :

DATE :

PRÉNOM :

Vous allez séjourner en haute altitude dans le cadre d'une mission professionnelle.

Dans ces conditions, un certain nombre de complications médicales peuvent survenir.

Afin de mieux évaluer ce risque, merci de répondre aux questions ci-dessous :

A quelle date est prévu votre départ ?

Pour quelle durée ?

Dans quelle ville atterrissez-vous ?

A quelle altitude allez-vous dormir ?

A quelle altitude allez-vous travailler ?

Par quels moyens de transport allez-vous vous y rendre (avion, bus, voiture, marche, escale) ?

Avez-vous déjà séjourné en altitude (+ de 6h à + de 2500m) ? Oui Non

Si oui, veuillez préciser lieu, altitude, date et durée du séjour :

Avez-vous déjà présenté un mal aigu des montagnes, un œdème pulmonaire de haute altitude, un œdème cérébral de haute altitude ou tout autre malaise ?

Oui Non

Si oui, précisez (lieu, date, prise en charge) :

Êtes-vous ?

Non-Fumeur Fumeur Ancien Fumeur Toxicomane

Avez-vous déjà eu des crises de coliques néphrétiques ?

Oui Non

Avez-vous des problèmes cardiaques (coronaropathie, infarctus, angor, valvulopathie)?

Oui Non

Avez-vous déjà eu un des problèmes médicaux suivants :

Phlébite Embolie Pulmonaire AVC AIT

Artériopathie des MI Migraines

Présentez-vous une des maladies suivantes ?

Polyglobulie Hypertension artérielle Épilepsie

Hypertension artérielle pulmonaire

Thalassémie Drépanocytose Autres hémoglobinopathies :

Diabète Antécédent décollement rétine

Date dernière consultation ophtalmologique :

Date de votre dernier RDV chez votre dentiste :

Prenez-vous régulièrement des médicaments ? Oui Non

Si oui, lesquels ?