

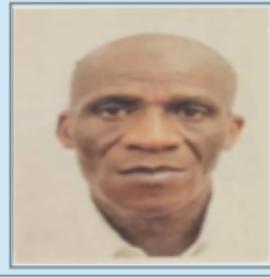


Fiche Santé du Candidat au Hadj dans le processus de la Consultation Médicale Pré-Pèlerinage (CMPP)

(Formulaire à renseigner dans le centre de CMPP par le Médecin Consultant et le Médecin Signataire du CMAH et à valider sur la Plateforme Informatique)

1. Identification du Candidat au Hadj

Nom	
Prénoms	
Date et Lieu de naissance	
N° CNI / AI / Passeport	
Téléphone	
Date des dernières règles	



2. Vaccination

Vaccins	Date et Lieu d'Administration	Numéro du Vaccin	Validité (Indiquer à Jour / Non à jour)
Vaccins obligatoires			
Fièvre Jaune			
Méningite ACYW 135			
Vaccins recommandés			
Poliomyélite			
Grippe saisonnière			
Pneumonie 23			
Fièvre Typhoïde			

3. Antécédents Médicaux

Maladies	Oui	Non	Si Oui, Préciser Traitement d'entretien éventuel en cours
Diabète			
Hypertension			
Hypotension			
Dépancytose			
Epilepsie			
Affection psychiatrique			
Affection Urologique			
Autres à Préciser			

4. Examens Physiques

Tension Artérielle	
Pouls	
Taille	
Poids	
Autres y compris le TR si candidat éligible	

5. Examens Paracliniques

Biologie	
Groupe Rhésus	
NFS	
HB	
VGM	
TCHM	

CCMH	
GB	
Plaquettes	
Urée	
Créatinine	
Glycémie	

Transaminases	
TGP	
TGO	
Autres	

Etat psychique

Radio Pulmonaire

Acuité visuelle si candidat éligible

Candidat vulnérable au Hadj	Si oui préciser	Besoin d'assistance
Oui	Motif de vulnérabilité	Si oui préciser le type

6. Traitement Prescrit (éventuellement "préciser molécules et posologies")

(Avec indication de la date de début et fin)

7. Conclusion de la Consultation de spécialité (Uniquement si candidat référé en consultation de spécialité)

(Avec indication de la date de début et fin)

8. Décision sur l'aptitude Médicale au hadj

Apte N° CMAH

Date de délivrance CMAH

Apte, mais nécessite Accompagnement pour motif médical ou social

(Dans ce cas, retarder la délivrance du CMAH jusqu'à l'obtention du CMAH de l'Accompagnant)

N° camet de vaccination

N° CMAH du Candidat Accompagné

N° camet de santé

N° CMAH du Candidat Accompagnant

Date de Délivrance

Inapte

Fait à _____, le _____

9. Consultation de réévaluation : Oui Non

si oui, date du RDV

Le Médecin Consultant (Signature & Cachet)

Le Médecin ayant délivré le Certificat d'Aptitude (Signature & Cachet)