

English / French  
Anglais / Français



GLOBAL HEALTH  
PASSPORT

*Forging Safer Travel*  
*Voyager de façon plus sûre*

:: EASY TO USE ::  
:: FACILE À UTILISER ::

## ABOUT THIS BOOKLET

### À PROPOS DE CE LIVRET

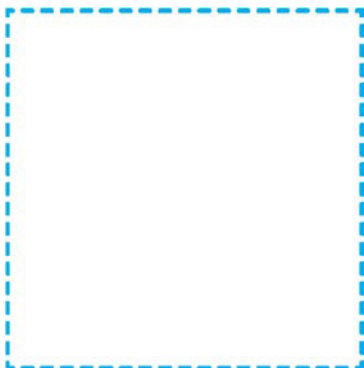
This booklet contains your private health information. Please keep it safe. Ce livret contient vos renseignements personnels de santé. Veuillez à le garder en lieu sûr.

Use the Quick Reference guide in this booklet for quick access. Utilisez le guide de référence rapide de ce livret pour un accès rapide.

Carry your Global Health Passport with you at all times when you travel. Emportez votre livret de santé international avec vous à chaque fois que vous voyagez.

A separate Global Health Passport is recommended for each individual traveler, including infants and children. Un livret de santé international distinct est recommandé pour chaque voyageur, y compris les nourrissons et les enfants.

Affix a passport photo below to help medical personnel with individual identification. Apposez une photo d'identité ci-dessous pour aider le personnel médical à vous identifier.



# GLOBAL HEALTH PASSPORT

## LIVRET DE SANTÉ INTERNATIONAL

Your country of Origin    Votre pays d'origine

---

Your physician's Name    Nom de votre médecin

---

Your physician's Phone/e-mail    Numéro de téléphone/adresse  
électronique de votre médecin

---

Have you had other foreign travel recently?    Avez-vous récemment  
effectué d'autres voyages à l'étranger ?

☐ Yes    Oui      ☐ No    Non

If YES, please list all countries of recent travel    Si OUI, veuillez énumérer  
tous les pays où vous avez récemment voyagé

---

Please list all countries which you will be visiting in the next few  
days/weeks/months    Veuillez énumérer tous les pays que vous  
visitez dans les prochain(e)s jours / semaines / mois

---

---

## DISCLAIMER

### AVIS DE NON-RESPONSABILITÉ

Although this form is detailed, it is neither a comprehensive nor an exhaustive listing of all possible pre-existing or current medical or dental conditions, or potential medical or dental clinical emergencies which patients may encounter and present with in a healthcare setting.

The ultimate responsibility for conveying an accurate and a complete medical history and accurate and complete patient symptoms to healthcare personnel during a healthcare visit, including a medical emergency lies with the patient or the patient's legal guardian.

As such, by using the Global Health Passport form, you release Global Health Passport, LLC from any legal liability arising from its usage, including but not limited to any current or future untoward consequences due to an omission, error, or miscommunication directly or indirectly arising as a result of having used the Global Health Passport formulary.

This document is being provided as is and Global Health Passport, LLC disclaims any warranty of merchantability or fitness for a particular purpose in connection with your purchase and use of this document.

Bien que ce formulaire soit détaillé, il ne s'agit pas d'une liste complète ou exhaustive de toutes les éventuelles conditions médicales ou dentaires préexistantes ou actuelles, ou des urgences cliniques médicales ou dentaires potentielles que les patients peuvent être amenés à rencontrer et à présenter dans un établissement de soins.

Il incombe au patient ou à son tuteur légal de communiquer au personnel médical des antécédents médicaux précis et complets et des symptômes précis et complets lors d'une visite médicale, y compris en cas d'urgence médicale.

Par conséquent, en utilisant le Livret de santé international, vous dégagez Global Health Passport, LLC de toute responsabilité légale résultant de son utilisation, y compris, mais sans s'y limiter, toute conséquence indésirable actuelle ou future due à une omission, une erreur ou une mauvaise communication résultant directement ou indirectement de l'utilisation du Livret de santé international.

Ce document est fourni tel quel et Global Health Passport, LLC n'offre aucune garantie de qualité marchande ou d'adéquation à un usage particulier en relation avec l'achat et l'utilisation de ce document.

## QUICK REFERENCE

## RÉFÉRENCE RAPIDE

Abdomen	Abdomen
Medical History	Antécédents médicaux ..... 16 - 17
Current Symptoms	Symptômes actuels ..... 27 - 29
Allergies	Allergies ..... 9
Chest/Thorax	Poitrine/thorax
Medical History	Antécédents médicaux ..... 15 - 16
Current Symptoms	Symptômes actuels ..... 20 - 24
Dental Section	Section dentaire ..... 34 - 36
Genitourinary	Génito-urinaire
Medical History	Antécédents médicaux ..... 17
Current Symptoms	Symptômes actuels ..... 29 - 30
Head and Neck	Tête et Cou
Medical History	Antécédents médicaux ..... 15
Current Symptoms	Symptômes actuels ..... 24 - 27
Medications	Médicaments ..... 10
Men's Health	Santé des hommes
Medical History	Antécédents médicaux ..... 18
Current Symptoms	Symptômes actuels ..... 31
Musculoskeletal	Musculo-squelettique
Medical History	Antécédents médicaux ..... 19
Current Symptoms	Symptômes actuels ..... 32 - 33
PRE-CT	PRÉ-Scan ..... 7 - 8
PRE-MRI	PRÉ-IRM ..... 12 - 14
Skin	Peau
Medical History	Antécédents médicaux ..... 19
Current Symptoms	Symptômes actuels ..... 34
Surgical History	Antécédents chirurgicaux ..... 11 - 12
Women's Health	Santé des femmes
Medical History	Antécédents médicaux ..... 17 - 18
Current Symptoms	Symptômes actuels ..... 30 - 31
Zika / Dengue Fever	Zika / Dengue ..... 6 - 7

# PASSPORT INSTRUCTIONS

## INSTRUCTIONS RELATIVES AU LIVRET

Global Health Passport is divided into three sections: Le livret de santé international est divisé en trois sections :

- ☐ Section I. Medical History (pp. 7-19). Section I. Antécédents médicaux (p. 7 à 19).
- ☐ Section II. Current Medical Symptoms (pp. 6-7 & 20- 34). Section II. Symptômes médicaux actuels (p. 6 à 7 et p 20 à 34).
- ☐ Section III. Current Dental Symptoms (pp. 34-36). Section III. Symptômes dentaires actuels (p. 34 à 36).

Fill out your Global Health Passport Remplissez votre Livret de santé international

- ☐ Step 1 Étape 1

Fill out all of Section I (Medical History). Remplissez l'intégralité de la section I (antécédents médicaux).

Check mark (✓) all the boxes that apply to your medical history. Cochez (✓) toutes les cases qui s'appliquent à vos antécédents médicaux.

- ☐ Step 2 Étape 2

Fill out Section II (Current Medical Symptoms) if you are currently having medical symptoms or issues. Remplissez la section II (Symptômes médicaux actuels) si vous avez actuellement des symptômes ou des problèmes médicaux.

Check mark (✓) all the boxes that relate to your current medical symptoms or issues. Cochez (✓) toutes les cases qui se rapportent à vos symptômes ou problèmes médicaux actuels.

- ☐ Step 3 Étape 3

Fill out all of Section III (Current Dental Symptoms) even if you are just having a dental check up or a dental cleaning. Remplissez l'intégralité de la section III (Symptômes dentaires actuels), même s'il ne s'agit que d'un contrôle ou d'un nettoyage dentaire.

Make sure that Section I has been completely filled out. Veillez à ce que la section I soit entièrement remplie.

# EMERGENCY PHRASES

## PHRASES D'URGENCE

Use these phrases in a medical or dental emergency. *Employez ces phrases en cas d'urgence médicale ou dentaire.*

### Medical Emergency *Urgence médicale*

- ☐ I'm having a medical emergency. *J'ai une urgence médicale.*
- ☐ Please take me to the nearest hospital. *Emmenez-moi à l'hôpital le plus proche, s'il vous plaît.*
- ☐ Please call a cab for me. *Appelez-moi un taxi, s'il vous plaît.*
- ☐ Please call the local 3-digit emergency phone number for me. *Contactez le numéro de téléphone d'urgence local à 3 chiffres pour moi, s'il vous plaît.*
- ☐ Please give me the 3-digit emergency phone number used here. *Indiquez-moi le numéro de téléphone d'urgence à 3 chiffres utilisé ici, s'il vous plaît.*

### Dental Emergency *Urgence dentaire*

- ☐ I'm having a dental emergency. *J'ai une urgence dentaire.*
- ☐ Please take me to a dentist's office. *Emmenez-moi chez un dentiste, s'il vous plaît.*
- ☐ Please direct me to the nearest dentist. *Indiquez-moi le cabinet dentaire le plus proche, s'il vous plaît.*

### My information *Mes renseignements*

- ☐ This booklet contains my personal medical history. *Ce livret contient mes antécédents médicaux personnels.*
- ☐ Please use my medical information provided in this booklet. *Veuillez utiliser les renseignements médicaux fournis dans ce livret.*
- ☐ My allergies are listed on page 9 of this booklet. *Mes allergies sont indiquées à la page 9 de ce livret.*
- ☐ I don't speak the local language. *Je ne parle pas la langue locale.*

## FEMALES / ZICA

### FEMMES / ZIKA

Are you pregnant? Êtes-vous enceinte ?

☐ Yes Oui ☐ No Non ☐ Not Sure Pas certaine

When was your last menstrual period? À quand remonte votre dernière période de menstruation ? \_\_\_\_\_

Do you currently have? Souffrez-vous actuellement de ?

- ☐ Fever Fièvre
- ☐ Rash Éruption cutanée
- ☐ Joint pain Douleurs articulaires
- ☐ Conjunctivitis (pink eye) Conjonctivite

Have you had any recent insect bites? Avez-vous été récemment piquée par un insecte ?

☐ Yes Oui ☐ No Non ☐ Not Sure Pas certaine

If yes, what type of insect? Si oui, quel type d'insecte ?

☐ Mosquito Moustique ☐ Spider Araignée ☐ Tick Tique

## DENGUE FEVER

### DENGUE

Have you had a recent mosquito bite? Avez-vous été récemment piquée par un moustique ?

☐ Yes Oui ☐ No Non ☐ Not Sure Pas certain(e)

Are you pregnant? Êtes-vous enceinte ?

☐ Yes Oui ☐ No Non ☐ Not Sure Pas certaine

Do you currently have? Souffrez-vous actuellement de ?

- ☐ Sudden high fever (° 40C/° 104F) Forte fièvre subite (° 40C/° 104F)
- ☐ Severe headaches Maux de tête aigus
- ☐ Pain behind the eyes Douleur derrière les yeux
- ☐ Severe joint and muscle pain Douleurs articulaires et musculaires intenses
- ☐ Nausea Nausées



☐ Vomiting Vomissements

☐ Swollen lymph nodes Gonflement des ganglions lymphatiques

☐ Skin rash Éruption cutanée

#### CAUTION ATTENTION

☐ Fever dropping below 38° C/100° F Fièvre en dessous de 38° C/100° F

☐ Severe abdominal pain Douleurs abdominales intenses

☐ Persistent vomiting Vomissements incessants

☐ Blood in your urine, stools, or vomit Du sang dans l'urine, les selles ou les vomissements.

☐ Bleeding from your nose or gums, or bleeding under the skin which may look like bruising Saignement du nez ou des gencives, ou saignement sous la peau qui peut ressembler à une ecchymose (un bleu).

☐ Difficult or rapid breathing Respiration difficile ou rapide

☐ Cold or clammy skin Peau froide ou moite

☐ Fatigue Fatigue

☐ Irritability or restlessness Irritabilité ou agitation

## IMPORTANT

## IMPORTANT

Do you only have one kidney? Avez-vous un seul rein ?

☐ Yes, one kidney Oui, un seul rein

☐ No, both kidneys Non, les deux reins

Are you, your child, or the individual presenting today under your care allergic to iodine or seafood (shrimp), and/or have you or they had a bad or adverse reaction (such as a skin: rash, redness, or itching) and/or difficulty breathing or swallowing when you or they have had dye (iodinated contrast medium) previously injected intravenously during or immediately after a prior medical/radiologic procedure? Êtes-vous, votre enfant ou la personne qui se présente aujourd'hui sous votre responsabilité, allergique à l'iode ou aux fruits de mer (crevettes), et/ou avez-vous ou ont-ils eu une mauvaise réaction ou une réaction indésirable (telle qu'une éruption cutanée, des rougeurs ou des démangeaisons) et/ou des difficultés à respirer ou à avaler lorsque

vous ou eux avez eu un colorant (produit de contraste iodé) précédemment injecté par voie intraveineuse pendant ou immédiatement après une procédure médicale/radiologique antérieure ?

- ☐ Yes Oui    ☐ No Non    ☐ Not Sure Pas certaine

If yes, please list the type of reaction Si oui, veuillez indiquer le type de réaction

- ☐ Difficulty breathing Difficulté à respirer  
☐ Difficulty Swallowing Difficulté à avaler  
☐ Skin Peau  
    ☐ Rash Éruption cutanée  
    ☐ Redness Rougeur  
    ☐ Itching Démangeaisons

Do you, your child, or this individual under your care need to receive or has ever previously received a premedication drug regimen prior to having a radiologic examination such as a CT Scan, or a kidney examination such as Intravenous Pyelography (IVP), or any other medical study utilizing dye (an iodinated contrast medium) injected intravenously due to a prior allergic response to the dye (injected iodinated contrast medium)? Avez-vous, votre enfant ou cette personne sous votre responsabilité, besoin de recevoir ou a-t-il déjà reçu une prémédication avant de subir un examen radiologique tel qu'un scanner, ou un examen rénal tel qu'une pyélographie intraveineuse (PIV), ou toute autre analyse médicale utilisant un colorant (un produit de contraste iodé) injecté par voie intraveineuse en raison d'une réaction allergique antérieure au colorant (produit de contraste iodé injecté) ?

- ☐ Yes Oui    ☐ No Non    ☐ Not Sure Pas certain(e)

## ALLERGIES

### ALLERGIES

Do you have food allergies? Avez-vous des allergies alimentaires ?

- ☐ Yes Oui    ☐ No Non
- ☐ Gluten/Wheat Gluten/Blé
- ☐ Peanuts Cacahuètes
- ☐ Cow's Milk Lait de vache
- ☐ Eggs Oeufs
- ☐ Shrimp/Shellfish Crevettes/Crustacés
- ☐ Fish Poisson
- ☐ Tree Nuts (Walnuts, Cashews) Fruits à coque (noix, noix de cajou)
- ☐ Soy Soja
- ☐ Iodinated contrast agents/dye Agents de contraste/colorants iodés
- ☐ Other Autres

Medications Médicaments

- ☐ Yes Oui    ☐ No Non

If yes, which medications? Si oui, quels médicaments ?

---

Are you allergic to penicillin? Êtes-vous allergique à la pénicilline ?

- ☐ Yes Oui    ☐ No Non

Are you allergic to other antibiotic(s)? Etes-vous allergique à un ou plusieurs autres antibiotiques ?

- ☐ Yes Oui    ☐ No Non

Which one(s) Le(s)quel(s)

---

Are you allergic to bee stings or other insect bites? Êtes-vous allergique aux piqûres d'abeilles ou à d'autres piqûres d'insectes ?

- ☐ Yes Oui    ☐ No Non

## Current Medications

### Médicaments actuels

Name of Medication / Dose    Nom du médicament / Dose

1. \_\_\_\_\_

2. \_\_\_\_\_

3. \_\_\_\_\_

4. \_\_\_\_\_

5. \_\_\_\_\_

6. \_\_\_\_\_

7. \_\_\_\_\_

8. \_\_\_\_\_

9. \_\_\_\_\_

10. \_\_\_\_\_

## SURGICAL HISTORY

### ANTÉCÉDENTS CHIRURGICAUX

Appendectomy (surgical removal of your appendix)  
Appendicectomie (ablation chirurgicale de l'appendice)

☐ Yes **Oui**   ☐ No **Non**   ☐ Not Sure **Pas certain(e)**

Cholecystectomy (surgical removal of your gallbladder)  
Cholécystectomie (ablation chirurgicale de la vésicule biliaire)

☐ Yes **Oui**   ☐ No **Non**   ☐ Not Sure **Pas certain(e)**

Surgery to your stomach, small intestines, or colon **Chirurgie de l'estomac, de l'intestin grêle ou du côlon**

☐ Yes **Oui**   ☐ No **Non**   ☐ Not Sure **Pas certain(e)**

Other abdominal surgery **Autre chirurgie abdominale**

☐ Yes **Oui**   ☐ No **Non**   ☐ Not Sure **Pas certain(e)**

Placement of brain aneurysmal clips for a prior brain aneurysm correction **Mise en place de clips anévrismaux cérébraux pour une correction antérieure d'anévrisme cérébral**

☐ Yes **Oui**   ☐ No **Non**   ☐ Not Sure **Pas certain(e)**

Other brain or spinal cord surgery **Autre chirurgie du cerveau ou de la moelle épinière**

☐ Yes **Oui**   ☐ No **Non**   ☐ Not Sure **Pas certain(e)**

Orthopedic, neurologic, or plastic surgery **Chirurgie orthopédique, neurologique ou plastique**

☐ Yes **Oui**   ☐ No **Non**   ☐ Not Sure **Pas certain(e)**

Hysterectomy (surgical removal of the uterus), surgical removal of an ovary(ovaries), or fallopian tube(s) **Hystérectomie (ablation chirurgicale de l'utérus), ablation chirurgicale d'un ou de plusieurs ovaires, ou d'une ou de plusieurs trompes de Fallope**

☐ Yes **Oui**   ☐ No **Non**   ☐ Not Sure **Pas certain(e)**

Other pelvic surgery **Autre chirurgie pelvienne**

☐ Yes **Oui**   ☐ No **Non**   ☐ Not Sure **Pas certain(e)**

Vasectomy, orchidectomy (surgical removal of a testicle), or prostatic surgery **Vasectomie, orchidectomie (ablation chirurgicale d'un testicule) ou chirurgie prostatique**

☐ Yes **Oui**   ☐ No **Non**   ☐ Not Sure **Pas certain**

Cardiac or other thoracic surgery **Chirurgie cardiaque ou autre chirurgie thoracique**

☐ Yes **Oui**    ☐ No **Non**    ☐ Not Sure **Pas certain(e)**

Surgical removal of a kidney **Ablation chirurgicale d'un rein**

☐ Yes **Oui**    ☐ No **Non**    ☐ Not Sure **Pas certain(e)**

Other surgery not listed above **Autre chirurgie non énumérée ci-dessus**

☐ Yes **Oui**    ☐ No **Non**    ☐ Not Sure **Pas certain(e)**

## **PRE-MRI (MAGNETIC RESONANCE IMAGING) STUDY HISTORY** **ANTÉCÉDENTS D'ANALYSE PRÉ-IRM** **(IMAGERIE PAR RÉSONANCE MAGNÉTIQUE)**

Do you have an allergy to MRI contrast? **Êtes-vous allergique aux produits de contraste pour l'IRM ?**

☐ Yes **Oui**    ☐ No **Non**    ☐ Not Sure **Pas certain(e)**

Do you only have one kidney? **Avez-vous un seul rein ?**

☐ Yes, only one kidney **Oui, un seul rein**

☐ No, I still have both kidneys **Non, j'ai encore mes deux reins**

Are you claustrophobic and/or have you previously experienced difficulties prior or during an MRI examination? **Êtes-vous claustrophobe et/ou avez-vous déjà éprouvé des difficultés avant ou pendant un examen IRM ?**

☐ Yes **Oui**    ☐ No **Non**

Do you have a cardiac pacemaker, or retained pacemaker leads in place? **Disposez-vous d'un stimulateur cardiaque ou de sondes de stimulateur en place ?**

☐ Yes **Oui**    ☐ No **Non**    ☐ Not Sure **Pas certain(e)**

Do you have a carotid sinus pacemaker in place? **Avez-vous un stimulateur cardiaque du sinus carotidien en place ?**

☐ Yes **Oui**    ☐ No **Non**    ☐ Not Sure **Pas certain(e)**

Do you have a prosthetic heart valve, inferior vena cava filter, biliary or vascular stent, IUD (Intrauterine Device), or a metallic prosthesis in place, in which there is a doubt or concern as to positional stability? **Avez-vous une prothèse de valve cardiaque, un filtre de veine cave inférieure, un stent biliaire ou vasculaire, un stérilet (dispositif intra-utérin) ou une prothèse métallique en place, pour laquelle la stabilité de la position est douteuse ou préoccupante ?**

☐ Yes **Oui**    ☐ No **Non**    ☐ Not Sure **Pas certain(e)**

Do you have an automatic implantable cardioverter defibrillator (AICD) in place? *Avez-vous un défibrillateur automatique implantable (DAI) en place ?*

☐ Yes *Oui*    ☐ No *Non*    ☐ Not Sure *Pas certain(e)*

Do you have an insulin pump in place? *Avez-vous une pompe à insuline en place ?*

☐ Yes *Oui*    ☐ No *Non*    ☐ Not Sure *Pas certain(e)*

Do you have a neurostimulator in place? *Avez-vous un neurostimulateur en place ?*

☐ Yes *Oui*    ☐ No *Non*    ☐ Not Sure *Pas certain(e)*

Do you have a non-graphite spinal cord tong in place? *Avez-vous une pince non graphite pour la moelle épinière ?*

☐ Yes *Oui*    ☐ No *Non*    ☐ Not Sure *Pas certain(e)*

Do you have a cochlear implant in place? *Avez-vous un implant cochléaire en place ?*

Yes *はい*    ☐ No *いいえ*    ☐ Not Sure *わからない*

Do you have a stapedial implant in place? *Avez-vous une prothèse stapédienne en place ?*

☐ Yes *Oui*    ☐ No *Non*    ☐ Not Sure *Pas certain(e)*

Do you have a known metallic foreign body (metal sliver) in your eye, or have you ever been or are you currently a welder? *Avez-vous un corps étranger métallique connu (un bout de métal) dans votre œil, ou avez-vous déjà été ou êtes-vous actuellement un soudeur ?*

☐ Yes *Oui*    ☐ No *Non*    ☐ Not Sure *Pas certain(e)*

Do you have a brain aneurysmal clip from a prior surgery? *Avez-vous un clip anévrysmal cérébral provenant d'une chirurgie antérieure ?*

☐ Yes *Oui*    ☐ No *Non*    ☐ Not Sure *Pas certain(e)*

Do you have a Thermodilution Swan Ganz Catheter in place? *Avez-vous un cathéter de thermodilution Swan Ganz en place ?*

☐ Yes *Oui*    ☐ No *Non*    ☐ Not Sure *Pas certain(e)*

Do you have other possible surgical/or nonsurgical metal in or on your body such as a stainless steel spinal metallic device or devices? *Avez-vous d'autres métaux chirurgicaux ou non chirurgicaux dans ou sur votre corps, tels qu'un ou plusieurs dispositifs métalliques vertébraux en acier inoxydable ?*

☐ Yes *Oui*    ☐ No *Non*

Do you have an eyelid tattoo? *Avez-vous un tatouage sur la paupière ?*

☐ Yes *Oui*    ☐ No *Non*    ☐ Not Sure *Pas certain(e)*

## **MEDICAL HISTORY - SYSTEMS REVIEW** **ANTÉCÉDENTS MÉDICAUX - REVUE DES SYSTÈMES**

Do you have a history of hemophilia or other coagulation deficiency with an increased tendency to bleed? *Avez-vous des antécédents d'hémophilie ou d'une autre déficience de la coagulation entraînant une tendance accrue aux saignements ?*

☐ Yes *Oui*    ☐ No *Non*    ☐ Not Sure *Pas certain(e)*

Do you have diabetes? *Êtes-vous diabétique ?*

☐ Yes *Oui*    ☐ No *Non*    ☐ Not Sure *Pas certain(e)*

If you have diabetes, are you on *Si vous êtes diabétique, prenez-vous*

☐ Oral diabetes medication(s) *Un ou plusieurs médicaments oraux contre le diabète*

☐ Do you inject insulin? *Vous injectez-vous de l'insuline ?*

If you have a history of diabetes, do you currently have? *Si vous avez des antécédents de diabète, en souffrez-vous actuellement ?*

☐ Nausea or vomiting *Des nausées ou des vomissements*

☐ Excessive thirst *Une soif excessive*

☐ Shortness of breath *Un essoufflement*

☐ Frequent urination *Une miction fréquente*

☐ Confusion *Des troubles de la mémoire*

☐ Abdominal pain *Douleurs abdominales*



Are you immunocompromised or are you currently receiving chemotherapy? *Souffrez-vous d'une immunodéficience ou suivez-vous actuellement une chimiothérapie ?*

- ☐ Yes *Oui*    ☐ No *Non*

## HEAD AND NECK    TÊTE ET COU

Do you have any of the following conditions? *Souffrez-vous de l'une des affections suivantes ?*

- ☐ Chronic moderate to severe headaches *Maux de tête chroniques modérés à sévères*
- ☐ Blurred Vision *Troubles de la vision*
- ☐ Visual loss *Perte de vision*
- ☐ Hearing loss *Perte auditive*
- ☐ Memory loss *Perte de mémoire*
- ☐ Loss of consciousness *Perte de conscience*
- ☐ Fainting spells *Évanouissements*
- ☐ A seizure history *Antécédents de crises d'épilepsie*
- ☐ A history of chronic dizziness or loss of balance *Antécédents de vertiges ou de pertes d'équilibre chroniques*
- ☐ Muscle Weakness or Chronic Fatigue *Faiblesse musculaire ou fatigue chronique*
- ☐ Stroke *Accident vasculaire cérébral*
- ☐ A history of neurological conditions such as Parkinson's disease, multiple sclerosis, or Huntington's chorea *Antécédents d'affections neurologiques telles que la maladie de Parkinson, la sclérose en plaques ou la chorée de Huntington*
- ☐ Chronic moderate to severe sore throat *Maux de gorge chroniques modérés à sévères*
- ☐ Alcohol or drug abuse *Abus d'alcool ou de drogues*
- ☐ Head or neck cancer *Cancer de la tête ou du cou*

## CHEST / THORAX    POITRINE / THORAX

Do you have any of the following conditions? *Souffrez-vous de l'une des affections suivantes ?*

Asthma *Asthme*

- ☐ Yes *Oui*    ☐ No *Non*    ☐ Not Sure *Pas certain(e)*

## Bronchitis **Bronchite**

- ☐ Yes **Oui**    ☐ No **Non**    ☐ Not Sure **Pas certain(e)**
- ☐ Lung cancer **Cancer du poumon**
- ☐ Breast cancer **Cancer du sein**
- ☐ Recent cold, flu, or pneumonia **Rhume, grippe ou pneumonie récents**
- ☐ Recent fever, chills, or cough **Fièvre, frissons ou toux récents**
- ☐ Pneumocystis carinii pneumonia or other HIV related medical conditions. **Pneumonie à Pneumocystis carinii ou autres affections liées au VIH.**
- ☐ Other Pulmonary Conditions Not Listed Above **Autres affections pulmonaires non énumérées ci-dessus**
- ☐ History of a heart attack **Antécédents de crise cardiaque**
- ☐ Other heart related conditions **Autres affections liées au cœur**
- ☐ Cardiac pacemaker placement **Pose d'un stimulateur cardiaque**
- ☐ History of congestive heart failure **Antécédents d'insuffisance cardiaque congestive**
- ☐ Do you sleep with multiple pillows **Dormez-vous avec plusieurs oreillers ?**
- ☐ Do you have foot or ankle swelling **Avez-vous un gonflement des pieds ou des chevilles ?**
- ☐ History of known irregular heartbeats (arrhythmias) **Antécédents de battements cardiaques irréguliers connus (arythmies)**
- ☐ Do you have History of a blood clotting disorder **Avez-vous des antécédents de troubles de la coagulation sanguine ?**
- ☐ High blood pressure **Hypertension artérielle**

## **ABDOMEN** **ABDOMEN**

Do you have any of the following conditions? **Souffrez-vous de l'une des affections suivantes ?**

- ☐ Stomach or intestinal cancer **Cancer de l'estomac ou de l'intestin**
- ☐ Liver cancer **Cancer du foie**
- ☐ Diverticulitis **Diverticulite**
- ☐ Prior colonic polyp removal **Ablation antérieure d'un polype colique**

- ☐ Prior history of irregular bowel movements with periods of constipation and/or diarrhea **Antécédents de transit intestinal irrégulier avec des périodes de constipation et/ou de diarrhée**
- ☐ History of visible blood after a bowel movement **Antécédents de saignement visible après une selle**
- ☐ History of hemorrhoids **Antécédents d'hémorroïdes**
- ☐ History of peptic ulcers (esophageal, gastric, or duodenal ulcers) **Antécédents d'ulcères peptiques (ulcères œsophagiens, gastriques ou duodénaux)**
- ☐ Prior endoscopy or colonoscopy **Endoscopie ou coloscopie antérieure**
- ☐ Crohn's disease or ulcerative colitis **Maladie de Crohn ou colite ulcéreuse**

Do you still have your appendix? **Avez-vous encore votre appendice ?**

- ☐ Yes **Oui**    ☐ No **Non**    ☐ Not Sure **Pas certain(e)**

## **GENITOURINARY    GÉNITO-URINAIRE**

Do you only have one kidney? **Avez-vous un seul rein ?**

- ☐ Yes, only one kidney **Oui, un seul rein**
- ☐ No, I still have both kidneys **Non, j'ai encore mes deux reins**

Do you have any of the following conditions? **Souffrez-vous de l'une des affections suivantes ?**

- ☐ History of kidney stones **Antécédents de calculs rénaux**
- ☐ Visible blood upon urination without pain **Du sang visible lors de la miction sans douleur**
- ☐ History of urinary tract infections **Antécédents d'infections des voies urinaires**
- ☐ Cancer of the kidneys, ureters, or urinary bladder **Cancer des reins, des uretères ou de la vessie**

## **FEMALES    FEMMES**

Do you have any of the following conditions? **Souffrez-vous de l'une des affections suivantes ?**

- ☐ Ovarian, endometrial, or cervical cancer **Cancer des ovaires, de l'endomètre ou du col de l'utérus**

Are you menopausal? **Êtes-vous ménopausée ?**

- ☐ Yes **Oui**    ☐ No **Non**

If yes, do you have pelvic pain or unusual chronic pelvic symptoms? Si oui, souffrez-vous de douleurs pelviennes ou de symptômes pelviens chroniques inhabituels ?

☐ Yes Oui ☐ No Non

Possible current venereal disease? Possibilité de maladie vénérienne actuelle ?

☐ Yes Oui ☐ No Non ☐ Not Sure Pas certaine

History of heavy menstrual flow or irregular menstrual periods Antécédents de règles abondantes ou irrégulières ?

☐ Yes Oui ☐ No Non

History of pelvic inflammatory disease Antécédents de maladie inflammatoire pelvienne

☐ Yes Oui ☐ No Non

## **PREGNANCY HISTORY** **ANTÉCÉDENTS DE GROSSESSE**

History of a spontaneous abortion of a pregnancy Antécédents d'avortement spontané d'une grossesse

☐ Yes Oui ☐ No Non

History of an ectopic (outside of the uterus) pregnancy Antécédents de grossesse extra-utérine (hors de l'utérus)

☐ Yes Oui ☐ No Non

History of current pain or bleeding related to pregnancy Antécédents de douleurs ou de saignements actuels en rapport avec la grossesse

☐ Yes Oui ☐ No Non

History of a cesarian section Antécédents de césarienne

☐ Yes Oui ☐ No Non

Complications during delivery Complications pendant l'accouchement

☐ Yes Oui ☐ No Non

## **MALES HOMMES**

Do you have any of the following conditions? Souffrez-vous de l'une des affections suivantes ?

☐ Prostate Cancer Cancer de la prostate

☐ Testicular cancer Cancer des testicules

☐ Difficulty starting urination Difficulté au début de la miction

- ☐ Pain during urination Douleur pendant la miction
- ☐ Penile discharge Écoulement du pénis (urétrite)

## MUSCULOSKELETAL

### MUSCULO-SQUELETTIQUE

Do you have any of the following conditions? Souffrez-vous de l'une des affections suivantes ?

- ☐ Arthritis Arthrite
- ☐ Recent bone fracture Fracture osseuse récente
- ☐ Bone cancer Cancer des os
- ☐ Muscle related tumor/cancer Tumeur/cancer lié aux muscles
- ☐ Bone or joint pain Douleurs osseuses ou articulaires
- ☐ Fibromyalgia or other muscular disorder Fibromyalgie ou autre trouble musculaire

## SKIN PEAU

Do you have any of the following conditions? Souffrez-vous de l'une des affections suivantes ?

- ☐ Lupus or other autoimmune disease Lupus ou autre maladie auto-immune
- ☐ Melanoma or other form of skin cancer Mélanome ou autre forme de cancer de la peau
- ☐ A mole, wart, or other skin lesion that is enlarging or changing color Un grain de beauté, une verrue ou une autre lésion de la peau qui prend du volume ou change de couleur.
- ☐ Recent insect bites from a Piqûres récentes d'un insecte comme
  - ☐ Mosquito Moustique
  - ☐ Spider Araignée
  - ☐ Tick Tique

PLEASE REVIEW ALL OF THE BODY SECTIONS BELOW AND CHECK MARK (✓) ALL THE BOXES THAT APPLY TO YOU.

VEUILLEZ EXAMINER TOUTES LES PARTIES DU CORPS CI-DESSOUS ET COCHER (✓) TOUTES LES CASES QUI VOUS CONCERNENT.

- ☐ I. THORAX/CHEST THORAX/POITRINE
- ☐ II. HEAD AND NECK TÊTE ET COU
- ☐ III. ABDOMEN ABDOMEN
- ☐ IV. GENITOURINARY GÉNITO-URINAIRE
- ☐ V. MUSCULOSKELETAL MUSCULO-SQUELETTIQUE
- ☐ VI. SKIN PEAU
- ☐ VII. DENTAL DENTS

## I. THORAX / CHEST THORAX/POITRINE

CHEST PAIN DOULEUR DE LA POITRINE

- ☐ Mild Légère ☐ Moderate Modérée ☐ Severe Grave

Radiation of chest pain to Irradiation de la douleur thoracique vers

- ☐ Neck or jaw Le cou ou la mâchoire  
☐ One or both arms L'un ou les deux bras  
☐ Back Le dos  
☐ Stomach L'estomac

Did the chest pain just start? La douleur thoracique vient-elle de commencer ?

- ☐ Yes Oui ☐ No Non

Does the chest pain last for more than a few minutes? La douleur thoracique persiste-t-elle pendant plus de quelques minutes ?

- ☐ Yes Oui ☐ No Non

Would you describe the pain as "an elephant sitting on your chest"? Décrieriez-vous la douleur comme « un éléphant assis sur votre poitrine » ?

- ☐ Yes Oui ☐ No Non

Have you had such a chest pain before? Avez-vous déjà ressenti une telle douleur à la poitrine ?

- ☐ Yes Oui ☐ No Non

Do you have a history of heart disease and/or a prior heart attack? *Avez-vous des antécédents de maladie cardiaque et/ou de crise cardiaque ?*

☐ Yes *Oui*    ☐ No *Non*

Do you have a history of congestive heart failure? *Avez-vous des antécédents d'insuffisance cardiaque congestive ?*

☐ Yes *Oui*    ☐ No *Non*

Do you currently have cold sweats or night sweats? *Souffrez-vous actuellement de transpiration froide ou nocturne ?*

☐ Yes *Oui*    ☐ No *Non*

Are you currently nauseous? *Avez-vous actuellement des nausées ?*

☐ Yes *Oui*    ☐ No *Non*

Are you currently lightheaded? *Ressentez-vous actuellement des étourdissements ?*

☐ Yes *Oui*    ☐ No *Non*

Are you currently short of breath with or without chest discomfort? *Êtes-vous actuellement essoufflé(e) avec ou sans gêne thoracique ?*

☐ Yes *Oui*    ☐ No *Non*

Do you take a prescribed medicine for your chest pain? *Prenez-vous un médicament sur ordonnance pour votre douleur thoracique ?*

☐ Yes *Oui*    ☐ No *Non*

Did you fall or bruise your ribs? *Êtes-vous tombé(e) ou avez-vous eu des contusions aux côtes ?*

☐ Yes *Oui*    ☐ No *Non*

Are you coughing currently? *Toussez-vous actuellement ?*

☐ Yes *Oui*    ☐ No *Non*

Do you have a history of prior heart surgery? *Avez-vous des antécédents de chirurgie cardiaque ?*

☐ Yes *Oui*    ☐ No *Non*

Do you currently have a cardiac pacemaker in place? *Avez-vous actuellement un stimulateur cardiaque en place ?*

☐ Yes *Oui*    ☐ No *Non*

Do you smoke: cigars, cigarettes, or a pipe? Fumez-vous : des cigares, des cigarettes ou une pipe ?

- ☐ Yes Oui    ☐ No Non

If you smoke, how long have you been smoking? Si vous fumez, depuis combien de temps ?

- ☐ Months Mois    ☐ Years Années

#### COUGH TOUX

- ☐ Bloody sputum Expectations de sang  
☐ Productive cough (phlegm) Toux grasse (mucosités)  
☐ Dry cough Toux sèche  
☐ Duration of Cough Durée de la toux  
    ☐ Two days or less 2 Deux jours ou moins  
    ☐ A week Une semaine  
    ☐ A few weeks Quelques semaines  
    ☐ A month or longer Un mois ou plus

Do you currently have Souffrez-vous actuellement de

- ☐ Wheezing Une respiration sifflante  
☐ Aches in muscles and/or joints Douleurs musculaires et/ou articulaires  
☐ Fever or chills Fièvre ou frissons  
☐ Ear or throat pain Maux d'oreille ou de gorge  
☐ Runny nose Écoulement nasal  
☐ Weakness or extreme fatigue Faiblesse ou fatigue intense  
☐ Headache Maux de tête  
☐ Pain around your eyes Douleur autour des yeux

Have you had a flu shot in the recent past? Avez-vous été vacciné(e) contre la grippe récemment ?

- ☐ Yes Oui    ☐ No Non

Have your flu/cold like symptoms come on suddenly? Vos symptômes de grippe ou de rhume sont-ils apparus subitement ?

- ☐ Yes Oui    ☐ No Non



Does your child have flu/cold-like symptoms with **Votre enfant présente-t-il des symptômes de grippe ou de rhume avec**

☐ Vomiting **Vomissements**

☐ Diarrhea **Diarrhée**

Do you have a history of asthma? **Avez-vous des antécédents d'asthme ?**

☐ Yes **Oui**    ☐ No **Non**

If yes, are you currently experiencing great difficulty breathing? **Si oui, souffrez-vous actuellement de grandes difficultés à respirer ?**

☐ Yes **Oui**    ☐ No **Non**

Do you use an inhaler or take any medications for asthma? **Utilisez-vous un inhalateur ou prenez-vous des médicaments contre l'asthme ?**

☐ Yes **Oui**    ☐ No **Non**

If yes, do you have the asthma inhaler/medication with you?

**Si oui, avez-vous l'inhalateur/médicaments pour l'asthme sur vous ?**

☐ Yes **Oui**    ☐ No **Non**

Do you have a prior history of blood clots in your legs or lungs? **Avez-vous des antécédents de caillots de sang dans les jambes ou les poumons ?**

☐ Yes **Oui**    ☐ No **Non**

Are you out of breath now? **Êtes-vous essoufflé(e) maintenant ?**

☐ Yes **Oui**    ☐ No **Non**

If yes, are you very much out of breath? **Si oui, êtes-vous fortement essoufflé(e) ?**

☐ Yes **Oui**    ☐ No **Non**

Do you have a locally sharp chest pain when you take a breath? **Ressentez-vous une douleur thoracique localement aiguë lorsque vous respirez ?**

☐ Yes **Oui**    ☐ No **Non**

Were you in a recent car accident or have you had other chest trauma? **Avez-vous eu un accident de voiture récemment ou avez-vous subi un autre traumatisme thoracique ?**

☐ Yes **Oui**    ☐ No **Non**

Do you have a history of tuberculosis? *Avez-vous des antécédents de tuberculose ?*

☐ Yes *Oui*    ☐ No *Non*    ☐ Not Sure *Pas certain(e)*

## II. HEAD AND NECK *TÊTE ET COU*

HEADACHE *MAUX DE TÊTE*

☐ Mild *Légers*    ☐ Moderate *Modérés*    ☐ Severe *Graves*

Duration *Durée*

☐ Started today *A commencé aujourd'hui*

☐ Days *Depuis des jours*

☐ Comes and goes *Va et vient*

Would you describe the headache as “the worse headache of your life” *Décririez-vous le mal de tête comme « le pire mal de tête de votre vie » ?*

☐ Yes *Oui*    ☐ No *Non*

Do you have a history of high blood pressure? *Avez-vous des antécédents d'hypertension artérielle ?*

☐ Yes *Oui*    ☐ No *Non*

Do you take a medication for the high blood pressure? *Prenez-vous un médicament pour l'hypertension artérielle ?*

☐ Yes *Oui*    ☐ No *Non*

Do you currently take a medication to “thin your blood”? *Prenez-vous actuellement un médicament pour « fluidifier votre sang » ?*

☐ Yes *Oui*    ☐ No *Non*

Do you have a prior history of blood clots in your legs or lungs? *Avez-vous des antécédents de caillots de sang dans les jambes ou les poumons ?*

☐ Yes *Oui*    ☐ No *Non*

Do you have a history of a heart defect since birth? *Avez-vous des antécédents d'anomalie cardiaque depuis la naissance ?*

☐ Yes *Oui*    ☐ No *Non*    ☐ Not Sure *Pas certain(e)*

If yes, has the heart defect been surgically corrected? *Si oui, l'anomalie cardiaque a-t-elle été chirurgicalement corrigée ?*

☐ Yes *Oui*    ☐ No *Non*    ☐ Not Sure *Pas certain(e)*

Dizziness/vertigo **Étourdissements/vertiges**

☐ Mild **Légers** ☐ Moderate **Modérés** ☐ Severe **Graves**

Duration **Durée**

☐ Started today **A commencé aujourd'hui**

☐ Days **Depuis des jours**

☐ Comes and goes **Va et vient**

VISION **VISION**

Blurred **Floue**

☐ Yes **Oui** ☐ No **Non**

Visual Loss **Perte de vision**

☐ Partial **Partielle**

☐ Complete **Complète**

☐ Involving One Eye **Affectant un seul œil**

☐ Involving Both Eyes **Affectant les deux yeux**

Neck pain or stiffness **Douleur ou raideur de la nuque**

☐ Yes **Oui** ☐ No **Non**

Unable or difficult to move head to sides or down **Incapacité ou difficulté à bouger la tête latéralement ou vers le bas**

☐ Yes **Oui** ☐ No **Non**

Are your eyes red, painful, or sensitive to light? **Avez-vous les yeux rouges, endoloris ou sensibles à la lumière ?**

☐ Yes **Oui** ☐ No **Non**

Hearing loss **Perte auditive**

☐ Yes **Oui** ☐ No **Non**

Slurred speech or recent inability to speak **Troubles de l'élocution ou incapacité récente à parler**

☐ Yes **Oui** ☐ No **Non**

Current arm or leg weakness **Faiblesse actuelle du bras ou de la jambe**

☐ Yes **Oui** ☐ No **Non**

Do you have a history of Atrial Fibrillation? **Avez-vous des antécédents de fibrillation auriculaire ?**

☐ Yes **Oui** ☐ No **Non** ☐ Not Sure **Pas certain(e)**

Do you have a history of an irregular heart beat (arrhythmia)?  
Avez-vous des antécédents de battements cardiaques irréguliers (arythmie) ?

☐ Yes Oui ☐ No Non

Does one side of your face droop? Un côté de votre visage s'affaisse-t-il ?

☐ Yes Oui ☐ No Non

If you raise an arm, does it drift downward? Si vous levez un bras, est-ce qu'il dérive vers le bas ?

☐ Yes Oui ☐ No Non

Current Nose Bleed Saignement de nez courant

☐ Yes Oui ☐ No Non

Do you have bleeding from the ears? Souffrez-vous de saignements des oreilles ?

☐ Yes Oui ☐ No Non

Do you have difficulty with swallowing? Avez-vous des difficultés à avaler ?

☐ Yes Oui ☐ No Non

If yes, do you have difficulty swallowing? Si oui, avez-vous des difficultés à avaler ?

☐ Liquids Des liquides ☐ Solids Des solides ☐ Pills Des pilules

Do you have a history of sinus problems and/or current sinus pain? Avez-vous des antécédents de problèmes de sinus et/ou de douleurs sinusales actuelles ?

☐ Yes Oui ☐ No Non

Did you or your child swallow a chicken or a fish bone, or other foreign body? Est-ce que vous ou votre enfant avez avalé un os de poulet ou une arête de poisson, ou un autre corps étranger ?

☐ Yes Oui ☐ No Non ☐ Not Sure Pas certain(e)

Do you have sore throat pain? Souffrez-vous de maux de gorge ?

☐ Yes Oui ☐ No Non

If you do have a sore throat, is the throat pain getting worse or not going away? Si vous avez mal à la gorge, la douleur s'aggrave-t-elle ou ne disparaît-elle pas ?

☐ Yes Oui ☐ No Non

If you do have a sore throat, for how long have you had it? *Si vous souffrez d'un mal de gorge, depuis combien de temps l'avez-vous ?*

☐ Pain started today *La douleur a commencé aujourd'hui*

☐ A few days ago *Il y a quelques jours*

☐ More than a week ago *Il y a plus d'une semaine*

Do you have a history of epilepsy or a recent seizure? *Avez-vous des antécédents d'épilepsie ou une crise récente ?*

☐ Yes *Oui*    ☐ No *Non*

Have you fainted or have you experienced loss of consciousness recently? *Vous êtes-vous évanoui(e) ou avez-vous eu une perte de conscience récemment ?*

☐ Yes *Oui*    ☐ No *Non*

### **III. ABDOMINAL    ABDOMINAL**

Other foreign travel recently? *Avez-vous récemment voyagé à l'étranger ?*

☐ Yes *Oui*    ☐ No *Non*

Where *Où* \_\_\_\_\_

Do you drink alcoholic beverages? *Consommez-vous des boissons alcoolisées ?*

☐ Yes *Oui*    ☐ No *Non*

Have you recently or are you currently vomiting? *Avez-vous récemment ou avez-vous actuellement des vomissements ?*

☐ Yes *Oui*    ☐ No *Non*

Would you describe the vomiting as *Décririez-vous vos vomissements comme étant*

☐ Mild *Légers*    ☐ Moderate *Modérés*    ☐ Severe *Graves*

Bloody vomit *Vomissements de sang*

☐ Yes *Oui*    ☐ No *Non*

Duration of vomiting *Durée des vomissements*

☐ Started today *A commencé aujourd'hui*

☐ Days *Depuis des jours*

☐ Comes and goes *Va et vient*

Do you currently have diarrhea? [Souffrez-vous actuellement de diarrhée ?](#)

☐ Yes [Oui](#)    ☐ No [Non](#)

If you currently have diarrhea, would you describe it as [Si vous souffrez actuellement de diarrhée, la décririez-vous comme étant](#)

Bloody [Sanglante](#)

☐ Yes [Oui](#)    ☐ No [Non](#)

Duration of diarrhea [Durée de la diarrhée](#)

☐ Days [Des jours](#)

☐ A Week [Une semaine](#)

☐ Longer [Plus longtemps](#)

When you have a bowel movement do you have? [Lorsque vous allez à la selle, avez-vous ?](#)

☐ Dark to very dark stools [Des selles foncées à très foncées](#)

☐ Blood in the stools [Du sang dans les selles](#)

Do you have periods of diarrhea followed by constipation? [Avez-vous des périodes de diarrhée suivies de constipation ?](#)

☐ Yes [Oui](#)    ☐ No [Non](#)

Do you currently have abdominal pain? [Souffrez-vous actuellement de douleurs abdominales ?](#)

☐ Yes [Oui](#)    ☐ No [Non](#)

If you currently have abdominal pain, would you describe the pain as [Si vous souffrez actuellement de douleurs abdominales, décririez-vous ces douleurs comme étant](#)

☐ Mild [Légères](#) ☐ Moderate [Modérées](#) ☐ Severe [Graves](#)

The abdominal pain is [La douleur abdominale est](#)

☐ Right side [Du côté droit](#)

☐ Left side [Du côté gauche](#)

☐ Mid-abdomen near your belly button [Au milieu de l'abdomen, près du nombril](#)

☐ All over your stomach [Sur tout le ventre](#)

Duration of abdominal pain [Durée de la douleur abdominale](#)

☐ Started today [A commencé aujourd'hui](#)

☐ Days [Depuis des jours](#)

☐ Comes and goes [Va et vient](#)

Pain starts in the abdomen but radiates to back La douleur commence dans l'abdomen mais irradie vers le dos

☐ Yes Oui ☐ No Non

Abdominal pain Douleur abdominale

☐ Decreases with eating S'atténue en mangeant

☐ Unaffected by eating Non affectée par l'alimentation

Did you just eat something that's "making you feel sick"? Venez-vous de manger quelque chose qui vous « rend malade » ?

☐ Yes Oui ☐ No Non

Do you have a history of peptic ulcers? Avez-vous des antécédents d'ulcères gastriques ?

☐ Yes Oui ☐ No Non

Do you have stomach pain after you eat something fatty or greasy? Avez-vous des douleurs à l'estomac après avoir mangé quelque chose de gras ou d'huileux ?

☐ Yes Oui ☐ No Non

Have you had your gallbladder surgically removed? Avez-vous subi une ablation chirurgicale de la vésicule biliaire ?

☐ Yes Oui ☐ No Non

Have you had dramatic non intended weight loss in the last few months? Avez-vous perdu du poids de façon considérable et non intentionnelle au cours des derniers mois ?

☐ Yes Oui ☐ No Non

## IV. GENITOURINARY GÉNITO-URINAIRE

Do you currently have or have you ever had kidney stones? Avez-vous actuellement ou avez-vous déjà eu des calculs rénaux ?

☐ Yes Oui ☐ No Non ☐ Not Sure Pas certain(e)

Do you currently have flank pain? Souffrez-vous actuellement de douleurs aux flancs ?

☐ Yes Oui ☐ No Non

Are you currently on renal or peritoneal dialysis? Êtes-vous actuellement sous dialyse rénale ou péritonéale ?

☐ Yes Oui ☐ No Non

Do you currently have or have you ever had a urinary tract infection? Souffrez-vous actuellement ou avez-vous déjà souffert d'une infection des voies urinaires ?

☐ Yes Oui ☐ No Non

Are you sexually active? Êtes-vous sexuellement actif(ve) ?

☐ Yes Oui ☐ No Non

☐ I prefer not to answer Je préfère ne pas répondre

Are you HIV positive? Êtes-vous séropositif(ve) ?

☐ Yes Oui ☐ No Non

☐ I prefer not to answer Je préfère ne pas répondre

## FEMALES FEMMES

Are you currently breast feeding? Allaitiez-vous actuellement ?

☐ Yes Oui ☐ No Non

Are you pregnant? Êtes-vous enceinte ?

☐ Yes Oui ☐ No Non ☐ Not Sure Pas certaine

If yes, when was your last pelvic ultrasound? Si oui, à quand remonte votre dernière échographie pelvienne ?

---

If yes, are you currently bleeding/or discharging per vagina?

Si oui, avez-vous actuellement des saignements ou des écoulements vaginaux ?

☐ Yes Oui ☐ No Non

If yes, do you have pelvic pain that just started? Si oui, avez-vous des douleurs pelviennes qui commencent à apparaître ?

☐ Yes Oui ☐ No Non

Do you have history of a prior pregnancy with associated complications? Avez-vous des antécédents de grossesse antérieure associée à des complications ?

☐ Yes Oui ☐ No Non

Do you have a prior history of a miscarriage? Avez-vous des antécédents de fausse couche ?

☐ Yes Oui ☐ No Non



Do you currently have lower abdominal or pelvic pain? *Souffrez-vous actuellement de douleurs abdominales basses ou pelviennes ?*

☐ Yes *Oui*    ☐ No *Non*

Do you have excessive or prolonged menstrual bleeding? *Avez-vous des saignements menstruels abondants ou prolongés ?*

☐ Yes *Oui*    ☐ No *Non*

Do you have a current nipple discharge? *Avez-vous un écoulement actuel du mamelon ?*

☐ Yes *Oui*    ☐ No *Non*

Have you recently felt a lump in your breast(s)? *Avez-vous récemment perçu une grosseur dans votre (vos) sein(s) ?*

☐ Yes *Oui*    ☐ No *Non*

Do you have painless bleeding during urination? *Avez-vous des saignements indolores pendant la miction ?*

☐ Yes *Oui*    ☐ No *Non*

## **MALES HOMMES**

Do you currently have painful urination, and/or a penile discharge? *Avez-vous actuellement des douleurs à la miction, et/ou un écoulement pénien ?*

☐ Yes *Oui*    ☐ No *Non*

Do you have painless bleeding during urination? *Avez-vous des saignements indolores pendant la miction ?*

☐ Yes *Oui*    ☐ No *Non*

Do you have to urinate often during the day, or do you get up frequently at night to urinate? *Avez-vous besoin d'uriner souvent pendant la journée, ou vous levez-vous fréquemment la nuit pour uriner ?*

☐ Yes *Oui*    ☐ No *Non*

Do you have difficulty during urination? *Éprouvez-vous des difficultés à uriner ?*

☐ Yes *Oui*    ☐ No *Non*

Did you sustain trauma to your testicles recently? *Avez-vous récemment subi un traumatisme aux testicules ?*

☐ Yes *Oui*    ☐ No *Non*

## V. MUSCULOSKELETAL

### MUSCULO-SQUELETTIQUE

Have you fallen or injured yourself causing back/neck, chest, arm, leg, or other skeletal body area pain and/or bleeding? *Avez-vous fait une chute ou vous êtes-vous blessé(e) en provoquant des douleurs et/ou des saignements au dos/cou, à la poitrine, au bras, à la jambe ou dans une autre partie du corps squelettique ?*

☐ Yes *Oui*    ☐ No *Non*

If yes, where does it currently hurt? *Si oui, où avez-vous actuellement mal ?*

☐ Head *Tête*

☐ Neck *Cou*

☐ Back *Dos*

☐ Chest/ribs *Poitrine/côtes*

☐ Right side *Côté droit*

☐ Left side *Côté gauche*

☐ Right shoulder *Épaule droite*

☐ Right upper arm *Arrière-bras droit*

☐ Right elbow *Coude droit*

☐ Right lower arm *Avant-bras droit*

☐ Right wrist *Poignet droit*

☐ Right hand *Main droite*

☐ Right fingers *Doigts droits*

☐ Right hip *Hanche droite*

☐ Right upper leg *Cuisse droite*

☐ Right knee *Genou droit*

☐ Right lower leg *Mollet droit*

☐ Right ankle *Cheville droite*

☐ Right foot *Pied droit*

☐ Left shoulder *Épaule gauche*

☐ Left upper arm *Arrière-bras gauche*

☐ Left elbow *Coude gauche*

☐ Left lower arm *Avant-bras gauche*

☐ Left wrist *Poignet gauche*

☐ Left hand *Main gauche*

☐ Left fingers *Doigts gauches*

- ☐ Left hip [Hanche gauche](#)
  - ☐ Left upper leg [Cuisse gauche](#)
  - ☐ Left knee [Genou gauche](#)
  - ☐ Left lower leg [Mollet gauche](#)
  - ☐ Left ankle [Cheville gauche](#)
  - ☐ Left foot [Pied gauche](#)

Do you have a prior history of blood clots in your legs? [Avez-vous des antécédents de caillots de sang dans les jambes ?](#)

- ☐ Yes [Oui](#)    ☐ No [Non](#)

Do you currently have pain in the back of your knee? [Souffrez-vous actuellement d'une douleur à l'arrière de votre genou ?](#)

- ☐ Yes [Oui](#)    ☐ No [Non](#)

Do you have pain and/or muscle stiffness? [Souffrez-vous de douleurs et/ou de raideurs musculaires ?](#)

- ☐ Yes [Oui](#)    ☐ No [Non](#)

If yes, is the muscle pain or rigidity chronic? [Si oui, la douleur ou la rigidité musculaire est-elle chronique ?](#)

- ☐ Yes [Oui](#)    ☐ No [Non](#)

Do you currently have soft tissue swelling due to trauma? [Avez-vous actuellement une tuméfaction des tissus mous dû à un traumatisme ?](#)

- ☐ Yes [Oui](#)    ☐ No [Non](#)

Is the soft tissue swelling possibly associated with an abscess or an infection? [La tuméfaction des tissus mous peut-elle être associée à un abcès ou à une infection ?](#)

- ☐ Yes [Oui](#)    ☐ No [Non](#)

Does the swelling appear warm to the touch? [La tuméfaction semble-t-elle chaude au toucher ?](#)

- ☐ Yes [Oui](#)    ☐ No [Non](#)

Does the swelling appear to be hard or unmovable? [La tuméfaction semble-t-elle être dure ou inamovible ?](#)

- ☐ Yes [Oui](#)    ☐ No [Non](#)

## VI. SKIN PEAU

Have you had any recent insect bites (mosquitoes, spiders, ticks, or other insects)? *Avez-vous eu récemment des piqûres d'insectes (moustiques, araignées, tiques ou autres insectes) ?*

☐ Yes *Oui*    ☐ No *Non*    ☐ Not Sure *Pas certain(e)*

Have you just had a bite/scratch from a snake, dog, cat, or other animal? *Venez-vous de vous faire mordre ou griffer par un serpent, un chien, un chat ou un autre animal ?*

☐ Yes *Oui*    ☐ No *Non*

Do you have any unusual skin sores, welts, rashes, or other skin lesions? *Avez-vous des lésions cutanées inhabituelles, des zébrures, des éruptions ou d'autres lésions de la peau ?*

☐ Yes *Oui*    ☐ No *Non*

Do you have a history of a prior allergic skin reaction (contact dermatitis) to different soaps or other substances applied to the skin? *Avez-vous des antécédents de réaction allergique cutanée (dermatite de contact) à différents savons ou autres substances appliquées sur la peau ?*

☐ Yes *Oui*    ☐ No *Non*    ☐ Not Sure *Pas certain(e)*

Did you recently step on glass, a nail, or other foreign body that pierced your skin? *Avez-vous récemment marché sur du verre, un clou ou un autre corps étranger qui a percé votre peau ?*

☐ Yes *Oui*    ☐ No *Non*

If so, which part of your body? *Si oui, quelle partie de votre corps ?*

---

Do you currently have a severe sunburn? *Souffrez-vous actuellement d'un grave coup de soleil ?*

☐ Yes *Oui*    ☐ No *Non*

## VII. DENTAL HISTORY ANTÉCÉDENTS DENTAIRES

Do you have a history of having had rheumatic fever? *Avez-vous des antécédents de rhumatisme articulaire aigu ?*

☐ Yes *Oui*    ☐ No *Non*

Do you have a history of mitral valve prolapse? *Avez-vous des antécédents de prolapsus de la valve mitrale*

☐ Yes *Oui*    ☐ No *Non*

Do you typically have an antibiotic prescribed prior to any dental procedure including a dental cleaning? *Avez-vous l'habitude de vous faire prescrire un antibiotique avant toute procédure dentaire, y compris un nettoyage dentaire ?*

☐ Yes *Oui*    ☐ No *Non*

Are you allergic to penicillin? *Êtes-vous allergique à la pénicilline ?*

☐ Yes *Oui*    ☐ No *Non*

Are you allergic to other antibiotics? *Etes-vous allergique à d'autres antibiotiques ?*

☐ Yes *Oui*    ☐ No *Non*

If yes, which one(s) *Si oui, lequel ou lesquels*

---

## TOOTHACHE *MAUX DE DENTS*

☐ Mild *Légers*    ☐ Moderate *Modérés*    ☐ Severe *Graves*

Pain Duration *Durée de la douleur*

☐ Just started *À peine commencée*

☐ Occasional *Occasionnel*

☐ Present for a long time *Présente depuis longtemps*

☐ Sporadic (On and Off) *Sporadique (par intermittence)*

Where is the pain? *Où la douleur est-elle ressentie ?*

☐ (Maxillary) top right side *(Maxillaire) côté supérieur droit*

☐ (Maxillary) top left side *(Maxillaire) côté supérieur gauche*

☐ (Mandibular) bottom right side *(Mandibulaire) côté inférieur droit*

☐ (Mandibular) bottom left side *(Mandibulaire) côté inférieur gauche*

Pain increases with *La douleur s'intensifie avec*

☐ Cold foods/liquids *Aliments/liquides froids*

☐ Hot foods/liquids *Aliments/liquides chauds*

☐ Chewing *Mastication*

The toothache is associated with local swelling [Les maux de dents sont associés à un gonflement local](#)

☐ Yes [Oui](#)    ☐ No [Non](#)

The toothache is associated with sinus type pain [Les maux de dents sont associés à une douleur de type sinusal](#)

☐ Yes [Oui](#)    ☐ No [Non](#)

Do you have other areas of jaw swelling? [Avez-vous d'autres zones de gonflement au niveau de la mâchoire ?](#)

☐ Yes [Oui](#)    ☐ No [Non](#)

If yes, where? [Si oui, où ?](#)

☐ Under the tongue [Sous la langue](#)

☐ Under the jaw [Sous la mâchoire](#)

Do you have difficulty swallowing? [Avez-vous des difficultés à avaler ?](#)

☐ Yes [Oui](#)    ☐ No [Non](#)

Do you presently have dentures? [Portez-vous actuellement un dentier ?](#)

☐ Yes [Oui](#)    ☐ No [Non](#)

If yes, do the dentures hurt when you wear them? [Si oui, le dentier vous fait-il mal lorsque vous le portez ?](#)

☐ Yes [Oui](#)    ☐ No [Non](#)

Would you like another set of dentures made? [Souhaitez-vous changer de dentier ?](#)

☐ Yes [Oui](#)    ☐ No [Non](#)







## ABOUT THE AUTHOR

### À PROPOS DE L'AUTEUR

George P. Ciporkin, D.D.S., M.D., the author of this potentially life saving series, brings years of training and clinical experience in both medicine and dentistry into the series' design.

He received a Bachelor of Science degree from Duke University, a D.D.S. degree from Northwestern University, and an M.D. degree from The Medical College of Ohio in the United States.

He has traveled and lived abroad, and has formally studied several foreign languages.

George P. Ciporkin, D.D.S., M.D., l'auteur de cette série au potentiel salvateur, apporte à la conception de la série des années de formation et d'expérience clinique en médecine et en dentisterie.

Il a obtenu une licence en sciences à l'université de Duke, un diplôme de D.D.S. à l'université de Northwestern et un diplôme de M.D. au Medical College of Ohio aux États-Unis.

Il a voyagé et vécu à l'étranger, et a étudié formellement plusieurs langues étrangères.

## MEDICAL HISTORY - SYSTEMS REVIEW

### ANTÉCÉDENTS MÉDICAUX - REVUE DES SYSTÈMES

Do you have a history of hemophilia or other coagulation deficiency with an increased tendency to bleed? *Avez-vous des antécédents d'hémophilie ou d'autres déficiences de la coagulation avec une tendance accrue aux saignements ?*

- ☐ Yes *Oui*    ☐ No *Non*    ☐ Not Sure *Pas certain(e)*

Do you have diabetes? *Êtes-vous diabétique ?*

- ☐ Yes *Oui*    ☐ No *Non*    ☐ Not Sure *Pas certain(e)*

If you have diabetes, are you on *Si vous êtes diabétique, prenez-vous*

- ☐ Oral diabetes medication(s) *Un ou plusieurs médicaments oraux contre le diabète*

- ☐ Do you inject insulin? *Vous injectez-vous de l'insuline ?*

If you have a history of diabetes, do you currently have? *Si vous avez des antécédents de diabète, souffrez-vous actuellement de*

- ☐ Nausea or vomiting *Nausées ou vomissements*

- ☐ Excessive thirst *Soif*

- ☐ Shortness of breath *Essoufflement*

The **Global Health Passport** gives the traveler peace of mind in knowing that he or she can quickly and easily convey personalized medical information abroad to healthcare personnel who are not fluent in the traveler's native language. The series are designed to provide concise, but thorough medical information particularly for travelers who encounter a medical emergency abroad or who are engaged in medical tourism. **Safe Travels!**

Le **Livret de santé international** garantit au voyageur la tranquillité d'esprit en lui permettant de transmettre rapidement et facilement ses renseignements médicaux personnalisés à l'étranger au personnel de santé qui ne parle pas couramment la langue maternelle du voyageur. Les séries sont conçues pour fournir des renseignements médicaux concis mais détaillés, en particulier pour les voyageurs qui se trouvent en situation d'urgence médicale à l'étranger ou qui relèvent du tourisme médical. **Bon voyage !**