

# Voyageurs de 60 ans et plus

N° de certificat :

## 1<sup>RE</sup> ÉTAPE

1. A-t-on **JAMAIS** diagnostiqué chez vous 2 des affections suivantes, ou avez-vous pris des médicaments ou des médicaments vous ont-ils été prescrits pour 2 des affections suivantes : diabète, accident cérébrovasculaire, **UNE** affection cardiaque ? .....NON  OUI
2. Votre **PREMIER** pontage remonte-t-il à plus de **10 ANS** ? (Si vous n'avez jamais subi de pontage **OU** si vous avez subi un pontage il y a moins de **10 ANS**, répondez par **NON**) .....NON  OUI
3. Au cours des **12 DERNIERS MOIS**, avez-vous ressenti de nouveaux symptômes ou des symptômes plus graves ou avez-vous été hospitalisé ou vous a-t-on prescrit un changement de médicaments pour **UNE** affection cardiaque ? (par changement de médicaments, on entend un début, un arrêt, une augmentation ou une diminution de la fréquence ou du dosage de médicament) .....NON  OUI
4. Au cours des **12 DERNIERS MOIS**, avez-vous suivi ou vous a-t-on prescrit une oxygénothérapie pour **UN** problème de santé ? .....NON  OUI

## 2<sup>E</sup> ÉTAPE

1. Au cours des **24 DERNIERS MOIS (2 ANS)**, avez-vous fait usage de produits du tabac ? .....NON  OUI
2. Votre dernier examen de santé périodique avec votre médecin remonte-t-il à plus de **18 MOIS** ? .....NON  OUI
3. Prenez-vous **PRÉSENTEMENT** ou vous a-t-on prescrit des médicaments pour votre hypertension artérielle ou sa prévention ? .....NON  OUI
4. A-t-on **JAMAIS** diagnostiqué chez vous **UNE** affection cardiaque ou avez-vous pris ou vous a-t-on **JAMAIS** prescrit des médicaments pour **UNE** affection cardiaque ? (à l'exception d'extrasystoles ou de palpitations pour lesquelles vous n'avez ni pris de médicaments ni suivi de traitement ? .....NON  OUI
5. Au cours des **12 DERNIERS MOIS**, avez-vous pris ou vous a-t-on prescrit de la prednisone ou d'autres stéroïdes par voie buccale pendant plus de **7 JOURS** **OU** avez-vous été hospitalisé pour **UNE** affection pulmonaire ? .....NON  OUI
6. Au cours des **12 DERNIERS MOIS**, avez-vous souffert d'**UNE** affection pulmonaire ayant nécessité un traitement de plus de **10 JOURS** aux antibiotiques ou par aérosol-doseur ? (Si vous avez été obligé de prendre des antibiotiques plus d'une fois **OU** que l'on vous a prescrit un aérosol-doseur sur une base régulière pour le traitement d'**UNE** affection pulmonaire et / ou sa prévention, vous devez répondre par **OUI** à cette question) .....NON  OUI
7. Au cours des **12 DERNIERS MOIS**, a-t-on diagnostiqué chez vous **l'UNE** des affections suivantes ou avez-vous pris ou vous a-t-on prescrit des médicaments ou avez-vous suivi un traitement pour ce qui suit :
- a) accident cérébrovasculaire ou accident ischémique transitoire ? .....NON  OUI
  - b) diabète ? .....NON  OUI
  - c) affection du foie ? .....NON  OUI
  - d) insuffisance rénale ? .....NON  OUI
  - e) maladie vasculaire périphérique ? .....NON  OUI
  - f) hémorragie gastro-intestinale, maladie de Crohn, colite ulcéreuse et / ou occlusion intestinale (à l'exception des hémorroïdes) ? .....NON  OUI
  - g) cancer (à l'exception du carcinome basocellulaire et de l'épithélioma malpighien spino-cellulaire de la peau) ? .....NON  OUI
  - h) arthrite et / ou ostéoporose (si vous ne prenez pas de médicaments sur ordonnance, vous pouvez répondre par **NON**) ? .....NON  OUI