Confidentiel médical  
Confidential medical information

# Antécédents médicaux / Medical history

# (à remplir par l’embarquant / to be completed by ship-boarding personnel)

NOM : ………. Prénom : ………. Age : ………. Sexe : ……….

*SURNAME : ………. First name: ………. Age ………. M/F : ……….*

NOM et N° téléphone médecin traitant : ……….

*Name and phone number of your doctor: ……….*

Groupe sanguin : *Blood group:* ……….

**Nom de la mission : ………. Navire : ……….**

**Date : ……….**

***Cruise name: ………. Ship: ……….***

***Date and duration: ……….***

Vaccinations en cours de validité / *Valid vaccinations*

DTPolio Fièvre jaune/ *Yellow fever* Hépatite B / *Hepatitus B*

Hépatite A / *Hepatitus A* Typhoïde/ *Typhoïd* Autre / *Others*

Avez-vous eu des problèmes de santé dans votre vie ? OUI NON

Si oui, lesquels ?

……….

*Have you suffered serious illness ? YES NO*

*If so, please give details?*

……….

Avez-vous été victime d’accidents ? OUI NON

Si oui, lesquels ?

……….

*Have you been involved in an accident? YES NO*

*If so, please give details?*

*……….*

Avez-vous subit des opérations chirurgicales ? OUI NON

Si oui, lesquelles ?

……….

*Have you undergone medical surgery? YES NO*

*If so, please give details?*

……….

Avez-vous des allergies ? OUI NON

Si oui, à quoi ?

……….

*Do you suffer from allergies? YES NO*

*If so, please name the allergen?*

……….

Prenez-vous un traitement ? OUI NON

Si oui, lequel (nom du médicament et dose) ?

……….

*Are you currently taking medication? YES NO*

*If so, please name the medication and dosage:* *……….*

Avez-vous déjà embarqué à bord d’un navire opéré par GENAVIR ? OUI NON

Si oui, à quelle date ? ………. Sur quel navire ? ………. Quelle durée ? ……….

*Have you ever participated in a cruise aboard IFREMER ship operated by GENAVIR? YES NO*

*If so, please state the dates ………. the name of the ………. the duration of the cruise……….*

« Je déclare n’avoir dissimulé aucune maladie connue, aucun accident, aucun traitement »

It is of utmost importance to state all accidents and illnesses incurred

« I declare not to have concealed any accident or illness »

Date : Signature :