EDDIE BAZA CALVO
GOVERNOR

RAY TENORIO
LIEUTENANT GOVERNOR

JAMES W. GILLAN
DIRECTOR

LEO G. CASIL
DEPUTY DIRECTOR

L'île de Guam et ses habitants sont impatients d'accueillir l'édition 2016 du Festival des arts du Pacifique, ainsi que l'ensemble des participants et des touristes qui seront présents pour cet événement. Afin d'assurer la santé et le bien-être de tous les festivaliers, nous vous invitons à remplir le **formulaire de prise en charge médicale (facultatif)** à conserver sur vous lors du Festival.

*****REMARQUE – La présentation de ce formulaire récapitulatif n'est PAS obligatoire pour participer au Festival. Il s'agit néanmoins d'un document utile qui nous permettra de vous fournir des soins et une assistance appropriés en cas de besoin et qui vous sera demandé uniquement dans ces circonstances.*****

Autres recommandations sanitaires à prendre en considération au moment de remplir votre formulaire :

- Vérifiez que vos vaccinations sont à jour avant votre départ pour Guam.
- Apportez les médicaments éventuellement nécessaires, et en quantité suffisante, en n'oubliant pas les ordonnances correspondantes.
- Munissez-vous de votre carte d'assurance maladie, le cas échéant. Les militaires bénéficiant d'un régime spécial doivent se munir de leur badge délivré par le Département de la défense.
- Repérez les postes de secours dès votre arrivée sur les différents sites du Festival. Ces postes sont mis à la disposition de tous les festivaliers qui nécessiteraient des soins médicaux.

MERCI POUR VOTRE AIDE ET BON FESTIVAL !

FORMULAIRE DE PRISE EN CHARGE MÉDICALE

Toutes les données collectées dans le présent questionnaire **(facultatif)** resteront **strictement confidentielles** et pourront être incluses dans votre dossier médical.

Nom *(Nom de famille, Prénom, initiale du deuxième prénom):*			☐ HOMME	☐ FEMME	Date de naissance :
Situation de famille :	☐ Célibataire	☐ Concubin(e)	☐ Marié(e)	☐ Séparé(e)	☐ Divorcé(e) ☐ Veuf(ve)
Langue du foyer :			☐ Services d'interprétation requis		
Lieu d'hébergement à Guam :					
Établissement scolaire (le cas échéant) :					

PERSONNE À CONTACTER EN CAS D'URGENCE			
Nom/adresse	Lien de parenté	Numéro de téléphone	Courriel

ANTÉCÉDENTS MÉDICAUX			
DERNIER MÉDECIN CONSULTÉ OU MÉDECIN RÉFÉRENT :		**DATE DU DERNIER EXAMEN MÉDICAL :**	

Maladies infantiles :	☐ Rougeole	☐ Oreillons	☐ Rubéole	☐ Varicelle	☐ RAA	☐ Polio

Vaccins et dates de vaccination : ***Joindre une copie du carnet de vaccinations***	☐ Tétanos	☐ Hépatite	☐ Grippe
	☐ Varicelle	☐ ROR *Rougeole-Oreillons-Rubéole*	☐ Pneumonie

PARTIE RÉSERVÉE AUX FEMMES					
tes-vous enceinte ?	☐ OUI	☐ NON	☐ Premier trimestre (1-3 mois)	☐ Deuxième trimestre (4-6 mois)	☐ Troisième trimestre (7-9 mois)

INDIQUER CI-APRÈS LES TRAITEMENTS SUIVIS OU FOURNIR UNE *COPIE* DES ORDONNANCES (AVEC MENTION DE LA POSOLOGIE)

ALLERGIES CONNUES :

SI NÉCESSAIRE, UTILISER LE DOS DU FORMULAIRE

ANTÉCÉDENTS CHIRURGICAUX OU HOSPITALISATIONS : (Interventions et dates)

AUTRES PROBLÈMES MÉDICAUX :

Les questions qui suivent sont facultatives et tous les renseignements communiqués resteront strictement confidentiels.

Avez-vous déjà reçu une transfusion sanguine ?				☐ OUI	☐ NON
Groupe sanguin :	☐ A + -	☐ B + -	☐ AB + -	☐ O + -	☐ Ne sait pas

ANTÉCÉDENTS MÉDICAUX DU PATIENT : (COCHER LES CASES QUI CONVIENNENT)

☐ ASTHME	☐ CANCER	☐ DIABÈTE	☐ CARDIOPATHIE	☐ VIH
☐ HÉPATITE	☐ HYPERTENSION	☐ MIGRAINES, MAUX DE TÊTE	☐ AVC	☐ TUBERCULOSE

AUTRES PATHOLOGIES :

ANTÉCÉDENTS FAMILIAUX : (ENTOURER LE STATUT QUI S'APPLIQUE ET COCHER LES CASES QUI CONVIENNENT)

	STATUT	ÂGE	DIABÈTE	HYPERTENSION	CARDIOPATHIE	AVC	CANCER	MIGRAINES	INDÉTERMINÉ
PÈRE	VIVANT/DÉCÉDÉ								
MÈRE	VIVANTE/DÉCÉDÉE								
FRÈRE(S)/SŒUR(S)	VIVANT(S/ES)/DÉCÉDÉ(S/ES)								
ENFANTS	VIVANT(S)/DÉCÉDÉ(S)								

ANTÉCÉDENTS SOCIAUX : (COMPLÉTER ET COCHER LES CASES QUI CONVIENNENT)

Alcool	Consommez-vous de l'alcool ?	☐ Jamais	☐ Ancien buveur _____	☐ Oui, depuis # années_____	
	☐ # boissons alcoolisées par jour	☐ # boissons alcoolisées par semaine	☐ # boissons alcoolisées par mois		
Tabac	Fumez-vous ?	☐ Jamais	☐ Ancien fumeur _____	☐ Oui, depuis # années _____	
	☐ Cigarettes : paquets/jour	☐ Tabac à mâcher - #/jour	☐ Pipe - #/jour	☐ Noix de bétel - #/jour	
	☐ Cigarettes électroniques (vapotage) - #/jour	☐ Cigares - #/jour	☐ Autre - #/jour		
Drogues	Consommez-vous de la méthamphétamine (dite « ice » ou « crystal ») ou toute autre drogue illicite ?			☐ Oui	☐ Non
	Consommez-vous de la marijuana ?			☐ Oui	☐ Non
Vie sexuelle	Avez-vous une vie sexuelle active ?			☐ Oui	☐ Non
	La maladie liée au virus de l'immunodéficience humaine (VIH) – le sida – constitue un problème de santé publique majeur. Parmi les facteurs de risque de l'infection, on compte l'usage de drogues par voie intraveineuse et les rapports sexuels non protégés.				