

Alerte Médicale

Les détails ci-dessous sont à compléter par le/la voyageur/euse:

Nom:.....

Ce/cette patient(e) est pris(e) en charge par Dr:

.....

Coordonnées:

.....
.....

Si il/elle présente les symptômes suivants:

.....
.....
.....
.....

Veillez effectuer les tests suivants:

.....
.....
.....

Médicaments que ce/cette patient(e) prend (à écrire ci-dessous ou joindre une copie de l'ordonnance):

.....
.....
.....
.....
.....

Pour plus d'information sur cette pathologie, veuillez visiter le site web:

.....