

ATTENTION ► L'information contenue dans ce formulaire est de nature confidentielle. Ainsi, ce formulaire sera conservé par le Service de sécurité et de prévention (SSP) de manière à permettre la consultation en situation d'urgence seulement. Lors d'une telle situation, le SSP peut prendre connaissance du contenu et transmettre une copie de ce formulaire à d'autres unités d'intervention d'urgence (Sûreté du Québec, Service de police municipal, etc.) dans le but d'optimiser le processus de secours.

► 1. IDENTIFICATION DU PARTICIPANT ◀

Prénom :	Nom :
Fonction :	Téléphone : Poste :
Faculté/département :	Matricule :
Coller une photo récente	Sexe :
	Date de naissance :
	Nationalité :
	Langue maternelle :
	Autres langues parlées :

DESCRIPTION PHYSIQUE :

TAILLE : _____ cm.
 _____ pi.

POIDS : _____ kg.
 _____ lbs.

POINTURE DE CHAUSSURE : _____

IMPORTANT : Ajouter en pièce jointe une photocopie de la semelle de vos chaussures portées durant le projet.

COULEUR DES YEUX : _____ COULEUR DES CHEVEUX : _____ LONGUEUR DES CHEVEUX : _____

PORT DE PROTHÈSES :
 (lunettes, appareil dentaire, etc.) **Oui** ► Précisez : _____
 Non

CARACTÉRISTIQUES PHYSIQUES PARTICULIÈRES :
 (cicatrice, tatouage, *percing*, etc.) **Oui** ► Précisez : _____
 Non

TAILLE DES VÊTEMENTS : **Petit** **Moyen** **Grand** **Très grand**

▶ 1. IDENTIFICATION DU PARTICIPANT (SUITE) ◀

ADRESSE PERMANENTE :

Adresse (numéro, rue, appartement) :		
Ville :	Province :	Code postal :
Pays :	Téléphone :	

ADRESSE SECONDAIRE (au cours de la session) :

Adresse (numéro, rue, appartement) :		
Ville :	Province :	Code postal :
Pays :	Téléphone :	

DURANT LE PROJET, AUREZ-VOUS EN VOTRE POSSESSION UN TÉLÉPHONE CELLULAIRE OU UN APPAREIL INTELLIGENT? :

Oui ▶ Numéro de téléphone : _____ Propriétaire : _____

Non Distributeur : _____

▶ 2. ÉTAT DE SANTÉ ◀

PROBLÈMES DE LA SPHÈRE ORL

- ▶ AVEZ-VOUS UN PROBLÈME VISUEL? **Oui** ▶ Précisez : _____
 Non

- ▶ PORTEZ-VOUS DES LUNETTES? **Oui** **Non**

- ▶ PORTEZ-VOUS DES LENTILLES CORNÉENNES? **Oui** **Non**

- ▶ AVEZ-VOUS UN PROBLÈME AUDITIF? **Oui** ▶ Précisez : _____
 Non

- ▶ PORTEZ-VOUS UN APPAREIL AUDITIF? **Oui** **Non**

PROBLÈMES DU SYSTÈME NERVEUX

- ▶ VOUS ARRIVE-T-IL DE VOUS ÉVANOUIR OCCASIONNELLEMENT? **Oui** **Non**

- ▶ AVEZ-VOUS REÇU UN DIAGNOSTIC D'ÉPILEPSIE? **Oui** **Non**

- ▶ AVEZ-VOUS DES MIGRAINES OU MAUX DE TÊTE RÉPÉTÉS? **Oui** **Non**

▶ 2. ÉTAT DE SANTÉ (SUITE) ◀

PROBLÈMES RESPIRATOIRES

▶ SOUFFREZ-VOUS D'ASTHME OU DE BRONCHITE CHRONIQUE?

Oui ▶ Médication : _____
 Non

PROBLÈMES ENDOCRINOLOGIQUES

▶ ÊTES-VOUS CONNU COMME ÉTANT DIABÉTIQUE?

Oui ▶ Médication : _____
 Non

PROBLÈMES CARDIOVASCULAIRES

▶ SOUFFREZ-VOUS D'UNE AFFECTATION CARDIAQUE OU VASCULAIRE?

Oui ▶ Précisez : _____
 Non

▶ SOUFFREZ-VOUS OU AVEZ-VOUS DÉJÀ SOUFFERT D'ANGINE,
D'INFARCTUS OU D'AVC?

Oui **Non**

▶ AVEZ-VOUS DÉJÀ SOUFFERT D'UN PROBLÈME LIÉ À VOTRE TENSION
ARTÉRIELLE (HAUTE OU BASSE)?

Oui **Non**

PROBLÈMES RHUMATOLOGIQUES

▶ SOUFFREZ-VOUS D'ARTHRITE?

Oui **Non**

▶ DEVEZ-VOUS AVOIR RECOURS AUX INFILTRATIONS OU
ANTI-INFLAMMATOIRES POUR TRAITER DES DOULEURS AUX
ARTICULATIONS (dos, genoux, chevilles, etc.)?

Oui **Non**

PROBLÈMES ORTHOPÉDIQUES

▶ AVEZ-VOUS UN HANDICAP PHYSIQUE?

Oui ▶ Précisez : _____
 Non

▶ DEVEZ-VOUS UTILISER À L'OCCASION OU RÉGULIÈREMENT
DES BÉQUILLES, UNE CANNE OU UNE MARCHETTE POUR
VOS DÉPLACEMENTS?

Oui **Non**

PROBLÈMES PSYCHIATRIQUES

▶ AVEZ-VOUS DÉJÀ REÇU UN DIAGNOSTIC LIÉ À LA SANTÉ MENTALE?

▶ Dépression **Oui** **Non**

▶ Trouble de l'adaptation **Oui** **Non**

▶ Bipolarité **Oui** **Non**

▶ Troubles de panique **Oui** **Non**

▶ Psychose **Oui** **Non**

▶ Autre **Oui** ▶ Précisez : _____
 Non

▶ 2. ÉTAT DE SANTÉ (SUITE) ◀

ALLERGIES

▶ AVEZ-VOUS DES ALLERGIES ALIMENTAIRES? **Oui** ▶ Précisez : _____
 Non

▶ AVEZ-VOUS DES ALLERGIES AUX INSECTES? **Oui** ▶ Précisez : _____
 Non

▶ AVEZ-VOUS DES ALLERGIES SAISONNIÈRES? **Oui** **Non**

▶ AVEZ-VOUS D'AUTRES ALLERGIES? **Oui** ▶ Précisez : _____
 Non

▶ AVEZ-VOUS VOTRE PROPRE AUTO-INJECTEUR
D'ÉPINÉPHRINE (EpiPen, Twinject)? **Oui** **Non**

Si **oui**, avez-vous informé les autres participants
du projet de recherche de votre allergie et de la
localisation de votre médication? **Oui** **Non**

▶ APPORTEZ-VOUS DE LA MÉDICATION DE TYPE
ANTI-HISTAMINIQUE (Bénadryl, Réactine, etc.)
POUR CONTRÔLER VOS ALLERGIES? **Oui** ▶ Précisez : _____
 Non

▶ AVEZ-VOUS D'AUTRES ALLERGIES?

▶ Pénicilline **Oui** **Non**

▶ Codéine **Oui** **Non**

▶ Aspirine **Oui** **Non**

▶ Autres **Oui** ▶ Précisez : _____
 Non

MÉDICAMENTS

▶ PRENEZ-VOUS DES MÉDICAMENTS SUR UNE BASE RÉGULIÈRE? **Oui** ▶ Lesquels : _____
 Non

▶ SI VOUS ÊTES DIABÉTIQUE, PRENEZ-VOUS DE L'INSULINE? **Oui** **Non**

AUTRES CONDITIONS

▶ FUMEZ-VOUS? **Oui** ▶ Précisez la marque de cigarette : _____
 Non Fréquence de consommation _____ par jour

▶ FAITES-VOUS DE L'EXERCICE PHYSIQUE RÉGULIÈREMENT? **Oui** **Non**

▶ VOUS SENTEZ-VOUS APTE PHYSIQUEMENT À RÉALISER
VOTRE PROJET EN RÉGION ÉLOIGNÉE? **Oui** **Non**

▶ VOUS SENTEZ-VOUS APTE PSYCHOLOGIQUEMENT À
RÉALISER VOTRE PROJET EN RÉGION ÉLOIGNÉE? **Oui** **Non**

▶ SOUFFREZ-VOUS DE MALADIE OU DE CONDITIONS
PARTICULIÈRES OUTRE CELLES INDICÉES PLUS HAUT ? **Oui** ▶ Précisez : _____
 Non

▶ SI VOUS ÊTES UNE FEMME, ÊTES-VOUS ENCEINTE? **Oui** **Non**

▶ 2. ÉTAT DE SANTÉ (SUITE) ◀

RÉFÉRENCES MÉDICALES :

Numéro d'assurance maladie :	Expiration :
------------------------------	--------------

AVEZ-VOUS UN MÉDECIN DE FAMILLE? :

Oui ▶ Nom du médecin : _____ Clinique : _____
 Non

ÊTES-VOUS SUIVI PAR UN AUTRE MÉDECIN? :

Oui ▶ Nom du médecin : _____ Spécialité : _____
 Non

▶ 3. PERSONNES À REJOINDRE EN CAS D'URGENCE ◀

PREMIÈRE PERSONNE :

Prénom :	Nom :	
Adresse (numéro, rue, appartement) :		
Ville :	Province :	Code postal :
Pays :	Tél. résidence :	Tél. cellulaire :

DEUXIÈME PERSONNE :

Prénom :	Nom :	
Adresse (numéro, rue, appartement) :		
Ville :	Province :	Code postal :
Pays :	Tél. résidence :	Tél. cellulaire :

▶ 4. SIGNATURE DU PARTICIPANT ◀

J'ai rempli ce formulaire au meilleur de mes connaissances.

J'accepte que les renseignements inscrits dans ce formulaire puissent être transmis à toutes unités d'urgence (Sûreté du Québec, Services de police municipal, etc.) en cas de nécessité.

SIGNATURE DU PARTICIPANT

DATE

jour mois année