

**DEMANDE DE LIBRE PRATIQUE pour raison médicale / CLEARANCE REQUEST for medical reasons**

05/06/2019

**CONFIDENTIEL / CONFIDENTIAL**

Navire / *Name of the ship* :

Date de la demande / *Date of request* :

Port du débarquement souhaité / *Port of disembarking desired* :

Date & heure du débarquement / *Date & hour of disembarking desired* :

Lieu de consultation ou nom du médecin

/ *Place of consultation or name of the specialist* :

Patient / *Patient information* :

Nom / *Surname* :

Prénom / *First name* :

Date de naissance / *date of birth* :

Motif de consultation / *Cause of consultation* :

Symptômes actuels / *Actual symptoms list* :

-  
-  
-  
-  
-

Le patient a-t-il actuellement une pathologie de nature infectieuse quelle qu'elle soit? / *Does the patient have at the moment an infectious disease of any kind*

Oui / *Yes*

Non / *No*

↳ préciser / *specify* :

Le patient a-t-il / *Does the patient have* :

Fièvre / *Fever*

Oui / *Yes*

Non / *No*

Diarrhée / *Diarrhoea*

Oui / *Yes*

Non / *No*

Toux / *Cough*

Oui / *Yes*

Non / *No*

Saignement / *Bleeding*

Oui / *Yes*

Non / *No*

Ictère / *Jaundice*

Oui / *Yes*

Non / *No*

Eruption / *Rash*

Oui / *Yes*

Non / *No*

Nom et Signature du médecin de bord (ou du capitaine) :

*Name and signature of the ship's doctor (or Master):*