

[LOGO OIM]

Rapport médical et Évaluation de l'aptitude à voyager

Chère Docteur, cher Docteur,

Ce formulaire vise à faciliter le retour volontaire des migrantes et migrants présentant des problèmes de santé en établissant qu'ils sont aptes à voyager, et leurs exigences de voyage sont remplies. Les médecins de l'OIM fonderont leur décision de voyager sur votre recommandation ainsi que sur les normes de l'OIM. **Veillez renvoyer le document complété au Conseiller en Vue du Retour chargé de ce cas**, à l'adresse ci-dessous :

Adresse NE PAS REMPLIR NE PAS REMPLIR
NE PAS REMPLIR NE PAS REMPLIR NE PAS
REEMPLIR NE PAS REMPLIR NE PAS REMPLIR
NE PAS REMPLIR NE PAS REMPLIR NE PAS

Veillez noter que la compagnie aérienne peut demander un formulaire supplémentaire que nous vous enverrons si nécessaire.

Vous trouverez plus d'informations sur **le projet de l'OIM Berne sur les vols de retour volontaire** (disponible en [allemand](#) et en [français](#)) sur notre site internet switzerland.iom.int

Nom du médecin NE PAS REMPLIR ICI PAS REMPLIR NE PAS REMPLIR NE PAS REMPLIR NE PAS REMPLIR NE PAS REMPLIR NE PAS REMPLIR
Date et lieu NE PAS REMPLIR NE PAS REMPLIR NE PAS REMPLIR NE PAS REMPLIR NE PAS REMPLIR NE PAS REMPLIR NE PAS REMPLIR
Signature du médecin NE PAS REMPLIR NE PAS REMPLIR NE PAS REMPLIR NE PAS REMPLIR NE PAS REMPLIR NE PAS REMPLIR NE PAS REMPLIR

Consentement du patient à la divulgation de renseignements médicaux

Nom du patient X M. X Mme. NE PAS REMPLIR NE PAS REMPLIR NE PAS REMPLIR NE PAS REMPLIR NE PAS REMPLIR
Date de naissance du patient NE PAS REMPLIR NE PAS REMPLIR NE PAS REMPLIR NE PAS REMPLIR NE PAS REMPLIR
J'autorise par la présente le médecin susmentionné à divulguer à l'OIM les informations médicales décrites dans cette demande et ses annexes afin d'organiser mon retour volontaire dans mon pays.
Date et lieu NE PAS REMPLIR NE PAS REMPLIR NE PAS REMPLIR NE PAS REMPLIR NE PAS REMPLIR NE PAS REMPLIR NE PAS REMPLIR
Signature du patient NE PAS REMPLIR NE PAS REMPLIR NE PAS REMPLIR NE PAS REMPLIR NE PAS REMPLIR NE PAS REMPLIR NE PAS REMPLIR

Les informations fournies dans ce formulaire et les annexes qui s'y rapportent sont considérées comme confidentielles et se limitent au transfert d'informations sur l'état de santé du patient (diagnostic, traitement et conseils en matière de voyage) à la Migration Health Division (MHD) de l'Organisation internationale pour les migrations (OIM), afin de garantir la sécurité du voyage du patient et la continuité des soins.

En envoyant ces documents à l'OIM:

- L'OIM certifie que les informations reçues seront strictement utilisées aux fins de l'évaluation médicale en vue du voyage et de l'organisation des soins après l'arrivée.
- Le médecin ou le professionnel de la santé est uniquement responsable pour l'évaluation fournie au moment de l'examen de l'état de santé du patient, et en remplissant ce document certifie que les informations contenues dans ce formulaire et ses annexes sont exactes et complètes, à sa connaissance.

IMPRIMER FORMULAIRE

SIGNATURES MANUSCRITES SUR CETTE PAGE

[LOGO OIM]

PARTIE A : Rapport médical

**Il est obligatoire de remplir la partie A, pages 1 à 3, à moins qu'un rapport médical complet séparé soit fourni. Si tel est le cas, veuillez confirmer : X Je confirme qu'un rapport médical complet séparé est joint
Et puis continuez à la partie B, page 4**

A1. Diagnostic

NE PAS REMPLIR NE PAS REMPLIR NE PAS REMPLIR NE PAS REMPLIR NE PAS REMPLIR NE PAS REMPLIR

A2. Bref historique médical (pertinent pour les voyages, la réintégration après l'arrivée ou la continuité des soins)

NE PAS REMPLIR NE PAS REMPLIR NE PAS REMPLIR NE PAS REMPLIR NE PAS REMPLIR NE PAS REMPLIR

X Pas d'historique disponible

A3. Signes vitaux :

Obligatoire pour les catégories de patients suivantes : personnes âgées, stade avancé / terminal de la maladie, maladies cardiovasculaires, maladies respiratoires, rénales, sanguines, y compris l'anémie, et autres, selon le jugement clinique. S'il vous plaît fournir uniquement les mesures effectivement prises ; si non mesuré, écrivez "ND" (« not done » = pas fait).

a. Température (° C)	NE PAS RE	b. Saturation d'oxygène	NE PAS REMPLIR NE
c. Tension artérielle (MmHg)	NE PAS RE	d. Fréquence respiratoire	NE PAS REMPLIR NE
e. Fréquence cardiaque par minute	NE PAS RE		

Date de la mesure NE PAS REMPLIR

[LOGO OIM]

A4. Principales constatations à l'examen physique

NE PAS REMPLIR NE PAS REMPLIR NE PAS REMPLIR NE PAS REMPLIR NE PAS REMPLIR NE PAS REMPLIR

Date de l'examen NE PAS REMPLIR

X Aucun

A5. Résultats de laboratoire pertinents

X Non applicable

X Si applicable, [veuillez joindre la fiche de résultats de laboratoire](#)

A6. Traitement actuel, y compris les noms des médicaments et les dosages (ou joindre une feuille / ordonnance séparée)

NE PAS REMPLIR NE PAS REMPLIR NE PAS REMPLIR NE PAS REMPLIR NE PAS REMPLIR NE PAS REMPLIR

X Aucun traitement en cours X Aucun médicament prescrit

A7. Recommandations pour le traitement de suivi : y compris calendrier («immédiatement», «dans un délai de X jours / mois»,...)

NE PAS REMPLIR NE PAS REMPLIR NE PAS REMPLIR NE PAS REMPLIR NE PAS REMPLIR NE PAS REMPLIR

X Aucun suivi requis

*** Continuer à la partie B ***

[LOGO OIM]

PARTIE B : Aptitude au voyage et arrangements

Il est obligatoire de remplir cette section dans tous les cas.

B1. Y a-t-il des raisons médicales évidentes qui limitent manifestement la capacité du patient à prendre sa décision quant à son retour? X Non X Oui (à documenter en conséquence)

NE PAS REMPLIR NE PAS REMPLIR NE PAS REMPLIR NE PAS REMPLIR NE PAS REMPLIR NE PAS REMPLIR

B2. Selon votre opinion médicale, le patient est-il apte à voyager dans son état au moment de la consultation médicale?

X Oui (compléter la question B3) X Non (compléter la question B4) X En cas de doute (inclure les remarques ci-dessous)

NE PAS REMPLIR NE PAS REMPLIR NE PAS REMPLIR NE PAS REMPLIR NE PAS REMPLIR NE PAS REMPLIR

B3. Si le patient est apte à voyager, doit-il être accompagné pendant le vol ?

X Oui (précisez le type d'accompagnement dans les prochaines questions) X Non

B4. Si le patient n'est pas apte à voyager, comment le stabiliser ? Spécifiez ci-dessous

NE PAS REMPLIR NE PAS REMPLIR NE PAS REMPLIR NE PAS REMPLIR NE PAS REMPLIR NE PAS REMPLIR

B5. Le patient a-t-il besoin d'aide pour s'alimenter, aller aux toilettes ou communiquer (par exemple, problèmes auditifs / visuels) ?

X Non X Oui (précisez ci-dessous)

NE PAS REMPLIR NE PAS REMPLIR NE PAS REMPLIR NE PAS REMPLIR NE PAS REMPLIR NE PAS REMPLIR

[LOGO OIM]

B6. Le patient a-t-il l'un des problèmes de mobilité suivants ? veuillez cocher tout ce qui s'applique

- X Le patient n'a pas de problèmes de mobilité
- X Ne peut pas s'asseoir pour le décollage / atterrissage (30 minutes) : *nécessite une civière*
- X Peut s'asseoir pour le décollage / atterrissage mais doit s'allonger pendant le vol : *siège en classe affaires*
- X Ne peut pas marcher dans l'avion : *fauteuil roulant jusqu'au siège*
- X Peut marcher à l'intérieur de l'avion, mais a du mal à monter les escaliers : *fauteuil roulant jusqu'en cabine*
- X Mobile, mais se fatigue facilement : *fauteuil roulant*
- X Autre (*veuillez préciser*) NE PAS REMPLIR NE PAS REMPLIR

B7. Arrangements de voyage recommandés. Veuillez cocher tout ce qui s'applique

X Ne nécessite pas d'arrangements spéciaux

X Repas diabétique

X Mobilité : fauteuil roulant (*selon B6*)

X Mobilité : classe affaires / rangée de sièges (*selon B6*)

X Mobilité : civière (*selon B6*)

X Mobilité : siège près des toilettes

X Mobilité : *airlift (plate-forme élévatrice pour entrer dans l'avion)*

X Ambulance pour les transferts

X Autre NE PAS REMPLIR

X Escorte : médecin

X Escorte : infirmière / ambulancier

X Escorte : opérationnel / « social »

X Escorte : famille

X Incontinence : cathéter urinaire

X Incontinence : couches

X Oxygène - débit continu : XX L/min

X Oxygène - en réserve

*** Fin de la section obligatoire ***

Veuillez compléter les parties suivantes uniquement lorsque les patients souffrent de Trouble mental (C.I) et / ou toxicomanie (C.II) et / ou épilepsie (D)

[LOGO OIM]

PARTIE CI - Troubles mentaux, toxicomanie ou dépendance

X Le patient ne souffre d'aucun état ou de trouble mental, y compris de toxicomanie ou de dépendance (vous pouvez sauter cette section)

Pour les personnes souffrant de toxicomanie ou de dépendance, veuillez également répondre aux questions C7 - C10)

C1. Existe-t-il actuellement un comportement psychotique / anormal ?

X Non X Oui (veuillez préciser ci-dessous)

NE PAS REMPLIR NE PAS REMPLIR NE PAS REMPLIR NE PAS REMPLIR NE PAS REMPLIR NE PAS REMPLIR

C2. Y a-t-il des antécédents de comportement psychotique / anormal ?

X Non X Oui (veuillez préciser ci-dessous et indiquer la date)

NE PAS REMPLIR NE PAS REMPLIR NE PAS REMPLIR NE PAS REMPLIR NE PAS REMPLIR NE PAS REMPLIR

C3. Existe-t-il actuellement un comportement agressif envers soi-même ou les autres ?

X Non X Oui (veuillez préciser ci-dessous)

NE PAS REMPLIR NE PAS REMPLIR NE PAS REMPLIR NE PAS REMPLIR NE PAS REMPLIR NE PAS REMPLIR

C4. Y a-t-il des antécédents de comportement agressif soi-même ou pour les autres ?

X Non X Oui (veuillez préciser ci-dessous et indiquer la date)

NE PAS REMPLIR NE PAS REMPLIR NE PAS REMPLIR NE PAS REMPLIR NE PAS REMPLIR NE PAS REMPLIR

C5. Le patient a-t-il déjà refusé les médicaments prescrits ?

X Non X Oui (veuillez préciser ci-dessous, date et raison)

NE PAS REMPLIR NE PAS REMPLIR NE PAS REMPLIR NE PAS REMPLIR NE PAS REMPLIR NE PAS REMPLIR

[LOGO OIM]

C6. À votre connaissance, le patient a-t-il déjà quitté une institution / hôpital sans autorisation ?

Non Oui (veuillez préciser ci-dessous la date et la raison)

NE PAS REMPLIR NE PAS REMPLIR NE PAS REMPLIR NE PAS REMPLIR NE PAS REMPLIR NE PAS REMPLIR

Partie C.II – Toxicomanie et / ou dépendance

**X Le patient ne souffre d'aucune toxicomanie ni dépendance (vous pouvez sauter cette section)
Si le patient souffre de toxicomanie / dépendance, assurez-vous que la partie C.I ci-dessus est remplie**

C7. À votre connaissance, quand cette personne a-t-elle commencé à prendre des drogues ?

Date NE PAS REMPLIR Inconnu

C8. La personne est-elle actuellement sous traitement de substitution sous surveillance médicale ?

Oui (veuillez préciser ci-dessous)

<input checked="" type="checkbox"/> Methadone	Depuis NE PAS REMPLIR NE PAS	Dosage XXmg/jour
<input checked="" type="checkbox"/> Buprenorphine	Depuis NE PAS REMPLIR NE PAS	Dosage XXmg/jour
<input checked="" type="checkbox"/> Morphine *	Depuis NE PAS REMPLIR NE PAS	Dosage XXmg/jour
<input checked="" type="checkbox"/> Naloxone *	Depuis NE PAS REMPLIR NE PAS	Dosage XXmg/jour
<input checked="" type="checkbox"/> Autre *	Depuis NE PAS REMPLIR NE PAS	Dosage XXmg/jour

* La personne peut-elle passer à la méthadone sans risque ? oui non

Non : mais d'accord de commencer un traitement de substitution

Non : et ne veut pas commencer un traitement de substitution

Non : un traitement de substitution est prescrit mais le patient ne s'y conforme pas

Non : Autre raison (veuillez préciser) NE PAS REMPLIR

C9. À votre connaissance, la personne prend-elle d'autres drogues pendant un traitement de substitution ?

Non Oui (veuillez préciser) NE PAS REMPLIR

C10. Avez-vous observé des symptômes de sevrage ?

Non Oui (veuillez préciser) NE PAS REMPLIR

*** Fin de la partie C ***

[LOGO OIM]

Partie D - Épilepsie

X Le patient ne souffre pas d'épilepsie ni de crise d'épilepsie (vous pouvez sauter cette section)

D1. Le trouble épileptique / l'épilepsie est-il bien contrôlé ?

X Oui (veuillez préciser le médicament)

NE PAS REMPLIR NE PAS REMPLIR

X Non (veuillez préciser)

NE PAS REMPLIR NE PAS REMPLIR

D2. Le patient prend-il les médicaments qui lui sont prescrits ?

X Oui X Non (veuillez préciser)

NE PAS REMPLIR NE PAS REMPLIR

D3. Veuillez indiquer la fréquence et la gravité des crises

X Aucune crise au cours des 12 derniers mois

X Tous les jours

X Chaque semaine

X Deux fois par mois

X Autre

Gravité NE PAS REMPLIR NE PAS REMPLIR

D4. Veuillez fournir des informations sur le dernier épisode connu

Date et durée du dernier épisode NE PAS REMPLIR NE PAS REMPLIR NE PAS REMPLIR NE PAS REMPLIR

Gravité du dernier épisode NE PAS REMPLIR NE PAS REMPLIR NE PAS REMPLIR NE PAS REMPLIR NE PAS

Blessures subies ? X Non X Oui (veuillez préciser) NE PAS REMPLIR NE PAS REMPLIR NE PAS REMPLIR NE

D5. Veuillez fournir des informations sur les hospitalisations précédentes, si elles sont connues.

Date NE PAS REMPLIR Durée NE PAS REMPLIR

D6. Y a-t-il une incontinence d'urine et / ou de selles ?

X Non X Oui, pendant la crise X Oui, tout le temps

*** Fin de la partie D ***

*** Fin du document ***