



ZAWIYA CARE INTERNATIONAL

Coordination Médicale • Conciergerie Santé • Tourisme Médical
+221 78 953 87 16 | info@zawiyacare.com | www.zawiyacare.com

QUESTIONNAIRE MÉDICAL PRÉALABLE

À remplir avant toute prise en charge

Nom du patient	N° de dossier	Date

Ce questionnaire nous permet de mieux comprendre votre situation médicale et d'organiser votre parcours de soins dans les meilleures conditions. Vos réponses resteront strictement confidentielles.

1. MOTIF DU SÉJOUR MÉDICAL

Quel est le motif principal de votre démarche médicale à l'étranger ?

2. SYMPTÔMES ET PLAINTES

Quels symptômes ou plaintes ressentez-vous actuellement ?

3. DURÉE DES SYMPTÔMES

Depuis combien de temps présentez-vous ces symptômes ?

- ☐ Moins d'1 mois ☐ 6 mois à 1 an ☐ Chronique / récurrent
☐ 1 à 6 mois ☐ Plus d'1 an

4. DIAGNOSTIC ÉTABLI

Avez-vous déjà reçu un diagnostic médical ? Si oui, lequel ?

5. ANTÉCÉDENTS MÉDICAUX

Avez-vous des antécédents médicaux significatifs ?

- ☐ Diabète ☐ Maladies cardiaques ☐ Cancer ☐ Maladies chroniques
☐ Hypertension ☐ Maladies rénales ☐ Asthme / BPCO ☐ Autres

6. ANTÉCÉDENTS CHIRURGICAUX

Avez-vous subi des interventions chirurgicales ? Si oui, lesquelles et quand ?

7. TRAITEMENTS EN COURS

Prenez-vous actuellement des médicaments ou suivez-vous un traitement ?

8. ALLERGIES CONNUES

Avez-vous des allergies connues (médicaments, aliments, matériaux) ?

- | | | |
|---|--|-----------------------------------|
| ☐ Pénicilline /
antibiotiques | ☐ Produits de contraste | ☐ Aliments |
| ☐ Anti-inflammatoires
(AINS) | ☐ Latex | ☐ Autres |

9. EXAMENS MÉDICAUX DISPONIBLES

Quels examens ou bilans médicaux récents pouvez-vous nous fournir ?

- | | | | |
|---|--|---|---|
| ☐ Analyses biologiques | ☐ IRM | ☐ Échographie | ☐ Ordonnances en cours |
| ☐ Scanner / TDM | ☐ Radiographies | ☐ Compte rendu
opératoire | ☐ Autres |

10. OBJECTIFS DU SÉJOUR MÉDICAL

Quels sont vos attentes et objectifs principaux pour ce séjour ?

- | | | | |
|---|--|---|---|
| ☐ Obtenir un diagnostic
précis | ☐ Deuxième avis médical | ☐ Rééducation | ☐ Soins de confort |
| ☐ Bénéficier d'un
traitement spécifique | ☐ Chirurgie | ☐ Check-up complet | ☐ Combinaison santé &
culture |

DÉCLARATION ET CONSENTEMENT

Je certifie que les informations ci-dessus sont exactes et complètes à ma connaissance. J'autorise Zawiya Care International à transmettre ces données aux établissements médicaux partenaires dans le strict cadre de l'organisation de mon parcours de soins.

Signature du patient	Signature du coordinateur
Date : _____	Date : _____

"Votre parcours de santé, organisé avec excellence."