

# VERY MAB

## TRIP

# QUESTIONS SANTÉ



## S O M M A I R E

- Trousse à Pharmacie
- Questionnaire médical
- Certificat médical

page 2  
page 3-4  
page 5



# VERY MAB —TRIP—



## Trousse PHARMACIE

### Liste Pharmacie participants **1 par équipe de 2**

- Antalgique : PARACETAMOL/ IBUPROFEN (celui que vous jugez le plus efficace pour vous )
- Antalgique de niveau 2 : ( Vérifiez avec votre médecin vos allergies et tolérances )
- Antispasmodique : SPASFON LYOC
- Anti-diarrhéique : SMECTA, IMMIDIUM
- RACECADOTRIL (dosage adulte et enfant en fonction du poids)
- Anti-nauséeux : PRIMPERAN, vogalib...
- Antiseptique ( type biseptine/Chlorhexidine) unidose préférable au grand flacon
- Antihistaminique : AERIUS ou ZYRTEC
- Antibiotique à large spectre ET Azythromicyne 250 Mg (1 boîte de 6 par participant)
- Collyre ophtalmique : sérum Physiologique ou acide borique
- Pommade antiseptique : FUCIDINE
- ARNICA CH : granules à votre convenance
- Pommade antiprurigineuse : ONCTOSE ou autre
- Crème hydratante en cas de coup de soleil
- Couvertures de survie X2
- Ecran total
- Anti-moustiques corporel
- Compresses Stériles
- Quelques Bandes de 7 cm
- Pansements ampoules hydrocolloïdes. Quelques pansements simples
- Petits ciseaux
- Pince à épiler
- Gel hydro alcoolique mains
- Boules Quiès si besoin

**N'oubliez pas vos  
médicaments habituels si  
vous avez un traitement à  
prendre au quotidien**



# VERY MAB -TRIP-



## QUESTIONNAIRE MEDICAL



**1 par personne**

**NOM :**

**NUMERO D'ÉQUIPE :**

**PRÉNOM :**

Quelle est votre fonction sur l'événement ? Participant      Organisateur

**PROFESSION :**

**ANTÉCÉDENTS MÉDICAUX :** Avez-vous déjà eu des problèmes médicaux ayant nécessité un examen approfondi, un traitement prolongé ou une hospitalisation même brève ?

**ANTÉCÉDENTS CHIRURGICAUX :** Avez-vous déjà été opéré et anesthésié, si oui, quand et pourquoi ?

**ANTÉCÉDENTS ALLERGIQUES :**

# VERY MAB —TRIP—



## QUESTIONNAIRE MEDICAL

**1 par personne**

TRAITEMENTS EN COURS : prenez-vous des médicaments actuellement ? Si oui, lesquels ?

Avez-vous des notions de secourisme ? non oui : quel niveau

REMARQUES EVENTUELLES

Téléphone d'urgence :

Nom et téléphone du médecin traitant :

Trousse d'urgence complète : oui non

Etes vous à jour dans vos vaccinations ? oui non

Groupe sanguin, Facteur Rhésus :

**Mention manuscrite à apposer « Certifié sincère et véritable » + signature**





VERY  
**MAD**  
—TRIP—



**CERTIFICAT  
MEDICAL**

**1 par personne**

Je soussigné(e) Docteur  
certifie avoir examiné ce jour :

Docteur en médecine,

Né(e) le

Dont l'état de santé ne présente aucune contre-indication à la pratique des épreuves du raid multisports VERY MAD TRIP\*.

\*Le raid multisports VERY MAD TRIP est composé d'activités de raid nature non mécaniques. Il est essentiellement basé sur la marche à pied (12-18 km par jour maximum) en milieu désertique.

Cachet du Médecin

Date

Signature

