

**2025 Expeditions
Questionnaire and Medical Form**

Thank you for registering for an expedition at Lake Champlain Maritime Museum. The information you give on this form will only be shared with the expedition staff to ensure the participant is well supported in the backcountry.

Participant Medical History

- Does the participant have any allergies to food, medication, or environment (including insect stings/bites)? If yes, please answer the following.
 - What is the participant allergic to?
 - How does a reaction occur? (Ingestion, touch, airborne)
 - How does the participant treat a reaction?
 - Is cross contamination a concern?
 - Date of last reaction:
 - Has the participant ever gone to the ER for a reaction?
- Iodine is often used on expeditions to disinfect water. Does the participant have any allergies or adverse reactions to iodine?
- Are there any dietary preferences that were not mentioned in the allergy section? Including vegetarian.
- Does the participant have asthma? If yes, please answer the following.
 - Date/Year of diagnosis:

- Date of last asthma attack:
- What medications are used to treat and manage asthma symptoms?

- How would you rate the control of your asthma? (1 being regular attacks with medical visits required, 10 being carries a rescue inhaler but rarely needs it)
- What triggers asthma symptoms?

- Have you ever gone to the ER or been hospitalized because of asthma? If yes, please explain.

Will the participant be taking any medication on the expedition? If yes, please fill in the chart below. Include over the counter medications and supplements that are taken daily.

Medication and Dosage	Frequency Taken	Reason	In the unlikely event, what to do if this medication is lost or a dose is missed?

Recent History

- Has the participant been hospitalized (medical or psychiatric) in the last five years? If yes, please explain.

- Has the participant had any surgical procedures in the last five years that may impact their experience on our expedition? If yes, please explain.

- Has the participant had any injuries in the last year that may impact their experience on our expedition? If yes, please explain.

Condition Overview

- Has the participant ever had any of the following? Please check all that apply and provide an explanation below.
 - Anemia or other blood disorder
 - Cancer
 - Concussion/head injury
 - Diabetes
 - Eye problems
 - Ears/nose/throat problems
 - Frequent headaches/migraines
 - Frequent urinary tract infections
 - Fainting
 - Hearing loss
 - Heart problem/abnormality
 - Heat related illness
 - High blood pressure
 - Kidney/bladder problems
 - Menstrual problems
 - Musculoskeletal injury (include sprains, strains, dislocations, and broken bones)
 - Pregnant
 - HIV/AIDS
 - Seizure or epilepsy
 - Skin problems
 - Stomach/gastrointestinal problems
 - Other:

Mental Health

- Does the participant currently work with a therapist or counselor to manage mental health or any other condition? If yes, please answer the following questions.
- Has the participant ever experienced any of the following? If yes, please explain the onset, date of last symptoms, and any treatment that was utilized.
 - Suicidal ideation or threat
 - Self-harm
 - Substance abuse/dependency
 - Disordered eating
 - Anxiety
 - Depression
 - Bipolar Disorder
 - OCD
 - Autism Spectrum Disorder
 - ADD/ADHD
 - Learning disability
 - Other:
- Has the participant been hospitalized for mental health concerns in the last year?

Please include copies of an insurance card. Please submit a copy of a physical completed by a physician, nurse practitioner, or physician's assistant within the last 12 months of the start date of the expedition. Either bring the online form from the Museum to the medical appointment or send us a copy of one used for school in the last year. Please submit these supplemental documents within 30 days of registration to hold your spot on the expedition. If you require more time, please reach out to Krissy Navrat at expeditions@lcm.org.

Excursiones para adolescentes – 2025
Cuestionario y formulario medico

Gracias por inscribirse en una excursión en el Museo Marítimo del Lago Champlain. Para que el participante tenga la mejor experiencia posible, complete este cuestionario y formulario médico. La información que proporcione en este formulario solo será compartida con el personal de la expedición para garantizar el mejor apoyo posible al participante en el área remota. Todos los monitores de la excursión tienen una amplia formación en medicina para la naturaleza, pero queremos asegurarnos de que se divulguen todas las condiciones necesarias. Esto creará un entorno más seguro, no solo para su participante, sino para todos los miembros de la excursión.

- ¿El participante tiene alergias a alimentos, medicamentos o al entorno (incluidas picaduras/mordeduras de insectos)? Si es así, por favor responda lo siguiente:
 - ¿A qué es alérgico el participante?
 - ¿Cómo ocurre una reacción? (Ingestión, contacto, aéreo)
 - ¿Cómo trata el participante una reacción?
 - ¿Es la contaminación cruzada una preocupación?
 - Fecha de la última reacción:
 - ¿Ha acudido alguna vez el participante a urgencias por una reacción?
- El yodo se utiliza a menudo en las excursiones para desinfectar el agua. ¿El participante tiene alguna alergia o reacción adversa al yodo o a las propiedades del yodo?
- ¿Alguna preferencia dietética que no se haya mencionado en la sección de alergias? Incluido vegetariano.

- ¿Tiene asma el participante? Si es así, responda a lo siguiente.
 - Fecha/año del diagnóstico:
 - Fecha de la última crisis asmática:
 - ¿Qué medicamentos se utilizan para tratar y controlar los síntomas del asma?

 - ¿Cómo calificaría el control de su asma? (1 siendo ataques regulares con visitas médicas requeridas, 10 siendo lleva un inhalador de rescate pero raramente lo necesita)

 - ¿Qué desencadena los síntomas del asma?

 - ¿Ha ido alguna vez a urgencias o ha estado hospitalizado a causa del asma? Si es así, indique las fechas y la duración de la hospitalización.

- ¿Tomará el participante algún medicamento durante la excursión? Si es así, rellene el cuadro siguiente. Incluya los medicamentos sin receta y los suplementos que toma a diario.

Medicación y dosis	Frecuencia tomada	Razón	En el caso poco probable, ¿qué hacer si se pierde este medicamento o se olvida una dosis?

Antecedentes

- ¿Ha estado hospitalizado el participante (por motivos médicos o psiquiátricos) en los últimos cinco años? Si es así, explique la afección, la duración de la estancia y cualquier consideración para la excursión.

- ¿Se ha sometido el participante a alguna intervención quirúrgica en los últimos cinco años? Si es así, explique el procedimiento, el nivel de recuperación y cualquier consideración para la excursión.

- ¿Ha tenido el participante alguna visita a urgencias en el último año? Si es así, explique el motivo y cualquier consideración para la excursión.
- ¿Ha sufrido el participante alguna lesión en el último año? Si es así, explique la lesión, el tratamiento y cualquier consideración para la excursión.

Resumen del estado

- ¿Ha padecido el participante alguna de las siguientes enfermedades? Por favor, marque todas las que correspondan y proporcione una explicación a continuación. Específicamente, la fecha de inicio, el tratamiento y las consideraciones para la excursión.
 - Anemia u otro trastorno sanguíneo
 - Cáncer
 - Conmoción cerebral/lesión en la cabeza
 - Diabetes
 - Problemas oculares
 - Problemas de oídos/nariz/garganta
 - Dolores de cabeza/migrañas frecuentes
 - Infecciones urinarias frecuentes
 - Desmayos
 - Pérdida de audición
 - Problemas/anomalías cardíacas
 - Enfermedades relacionadas con el calor
 - Hipertensión arterial
 - Problemas de riñón/vejiga
 - Problemas menstruales
 - Lesión musculoesquelética (incluye esguinces, distensiones, luxaciones y fracturas óseas)
 - Embarazada
 - VIH/SIDA
 - Convulsiones o epilepsia
 - Problemas cutáneos
 - Problemas estomacales/gastrointestinales
 - Otros:

Salud mental

- ¿Ha recibido alguna vez el participante tratamiento o asesoramiento de un profesional de la salud mental?

- ¿Trabaja actualmente el participante con un terapeuta o consejero para controlar su salud mental o cualquier otra afección? Si es así, responda a las siguientes preguntas.
 - ¿Durante cuánto tiempo y con qué frecuencia?
 - ¿Por qué el participante está actualmente en tratamiento?
 - ¿Qué mecanismos de afrontamiento puede utilizar el participante durante la excursión?
 - Nombre, número de teléfono y dirección del terapeuta actual.

- ¿Ha padecido el participante alguna de las siguientes enfermedades? Si es así, explique el inicio, la fecha de los últimos síntomas y cualquier tratamiento que se haya utilizado.
 - Ideación o amenaza suicida
 - Autolesiones
 - Abuso/dependencia de sustancias
 - Trastornos alimentarios
 - Ansiedad
 - Depresión
 - Trastorno bipolar
 - TOC
 - Trastorno del espectro autista
 - TDA/TDAH
 - Problemas de aprendizaje
 - Otros:

- ¿Ha sido hospitalizado el participante por problemas de salud mental en el último año?

Excursions 2025 pour adolescents Questionnaire et formulaire medical

Merci de vous être inscrit à une excursion au Lake Champlain Maritime Museum. Pour que le participant vive la meilleure expérience possible, veuillez remplir ce questionnaire et formulaire médical. Les informations que vous divulguez sur ce formulaire ne seront communiquées qu'au personnel de l'excursion afin de s'assurer que le participant soit bien encadré. Tous les chefs d'excursion ont reçu une formation approfondie en médecine de la nature. Cependant, nous voulons nous assurer qu'ils soient mis au courant de toutes conditions connues. Cela permettra de créer un environnement plus sûr pour votre participant et pour tous les membres de l'excursion.

- Le participant souffre-t-il d'allergies alimentaires, médicamenteuses ou environnementales (y compris les piqûres d'insectes)? Si oui, veuillez répondre aux questions suivantes.
 - A quoi le participant est-il allergique?
 - Comment une réaction se produit-elle (ingestion, contact, particules en suspension dans l'air)?
 - Comment le participant traite-t-il une réaction?
 - La contamination croisée est-elle un problème?
 - Date de la dernière réaction :
 - Le participant s'est-il déjà rendu à l'urgence pour une réaction?
- L'iode est souvent utilisé dans les excursions pour désinfecter l'eau. Le participant présente-t-il des allergies ou des réactions indésirables à l'iode ou aux propriétés de l'iode?
- Avez-vous des préférences alimentaires qui n'ont pas été mentionnées dans la section sur les allergies? Y compris végétarien.

- Le participant souffre-t-il d'asthme? Si oui, veuillez répondre aux questions suivantes.
 - Date/année du diagnostic :
 - Date de la dernière crise d'asthme :
 - Quels sont les médicaments utilisés pour traiter et gérer les symptômes de l'asthme?

 - Comment évaluez-vous le contrôle de votre asthme? (1 pour des crises régulières nécessitant des visites médicales, 10 pour le port d'un inhalateur de secours mais rarement nécessaire)

 - Qu'est-ce qui déclenche les symptômes de l'asthme?

 - Vous êtes-vous déjà rendu à l'urgence ou avez-vous déjà été hospitalisé à cause de l'asthme? Si oui, veuillez indiquer les dates et la durée du séjour à l'hôpital.

- Le participant prendra-t-il des médicaments pendant l'excursion? Si oui, veuillez remplir le tableau ci-dessous (inclure les médicaments en vente libre et les suppléments pris quotidiennement).

Médicaments et dosage	Fréquence	Raison	Dans le cas improbable d'une perte de ce médicament ou de l'oubli d'une dose, que faire.

Antécédents médicaux

- Au cours des cinq dernières années, le participant a-t-il été hospitalisé pour des raisons médicales ou psychiatriques? Si oui, veuillez expliquer l'affection, la durée du séjour et toute considération relative à l'excursion.

- Au cours des cinq dernières années, le participant a-t-il subi des interventions chirurgicales? Si oui, veuillez expliquer l'intervention, le niveau de rétablissement et toute considération relative à l'excursion.

- Au cours de l'année écoulée, le participant a-t-il reçu des soins d'urgence ou s'est-il rendu à l'urgence? Si oui, veuillez en expliquer la raison et toute considération relative à l'excursion.
- Au cours de l'année écoulée, le participant s'est-il blessé? Si oui, veuillez expliquer la blessure, le traitement et toute considération relative à l'excursion.

Antécédents médicaux

- Le participant a-t-il déjà eu l'un des problèmes suivants? Veuillez cocher toutes les cases correspondantes et fournir une explication ci-dessous. Précisez la date d'apparition, le traitement et les considérations relatives à l'excursion.
 - Anémie ou autre trouble sanguin
 - Cancer
 - Commotion cérébrale/blessure à la tête
 - Diabète
 - Problèmes oculaires
 - Problèmes d'oreilles, de nez et de gorge
 - Maux de tête/migraines fréquents
 - Infections urinaires fréquentes
 - Évanouissement
 - Perte d'audition
 - Problèmes cardiaques/anomalies
 - Maladie liée à la chaleur
 - Hypertension artérielle
 - Problèmes de reins ou de vessie
 - Problèmes menstruels
 - Blessures musculosquelettiques (y compris entorses, foulures, luxations et fractures)
 - Enceinte
 - VIH/SIDA
 - Convulsions ou épilepsie
 - Problèmes de peau
 - Problèmes d'estomac/de gastro-entérologie
 - Autre :

Santé mentale

- Le participant a-t-il déjà bénéficié d'un traitement ou d'un conseil auprès d'un professionnel de la santé mentale?

- Le participant consulte-t-il actuellement un thérapeute ou un spécialiste pour gérer sa santé mentale ou tout autre problème? Si oui, veuillez répondre aux questions suivantes.
 - Depuis combien de temps et à quelle fréquence?
 - Pourquoi le participant est-il actuellement en traitement?
 - Quels mécanismes d'adaptation le participant peut-il utiliser pendant l'excursion?
 - Nom, numéro de téléphone et adresse du thérapeute actuel.

- Le participant a-t-il déjà été confronté à l'un des problèmes suivants? Si oui, veuillez expliquer l'apparition, la date des derniers symptômes et tout traitement utilisé.
 - Idées ou menaces suicidaires
 - Automutilation
 - Abus de substances/dépendance
 - Troubles de l'alimentation
 - Anxiété
 - Dépression
 - Trouble bipolaire
 - TOC
 - Trouble du spectre autistique
 - TDA/TDAH
 - Troubles de l'apprentissage
 - Autre :

- Le participant a-t-il été hospitalisé pour des problèmes de santé mentale au cours de l'année écoulée?