



PROCEDURE DIASPORA HADJ 2026

- 1- Se rendre sur site du Commissariat du Hadj : http://www.hadj-ci.org pour Imprimer la Fiche de consultation Médicale.
- 2- Se rendre chez un médecin (dans clinique médicale par exemple) avec son carnet de vaccination et la fiche de consultation pour que le médecin puisse y renseigner :
 - Les constantes : la tension artérielle, le poids, le pouls et la taille.
 - Les antécédents médicaux chirurgicaux, traitement en cours...
 - Les vaccins à jour contre : la fièvre jaune, la méningite acyw135, la covid-19, le pneumo 23, la typhoïde, la grippe saisonnière
 - les bilans paracliniques suivant que vous y aurez fait (Hémogramme, urée, glycémie à jeun, créatinine sanguine, transaminase, groupe sanguin rhésus, radiographie pulmonaire)
- 3- Scanner les documents physiques (la fiche signée, les bilans paracliniques le carnet de vaccination) et par la même occasion une photo d'identité scannée (Format PDF) et nous les envoyés par le mail diaspora@hadj-ci.org
- 4- Nous faire parvenir les documents physiques (la fiche signée, les bilans paracliniques et 3 photos d'identités) au centre médicale Djedji Amondji Piere au sein même du lycée Djedji Amondji d'Adjamé 220 logement par un correspondant (un parent par exemple) en Côte d'ivoire. Ce dernier récupèrera le carnet du pèlerin (1000 f CFA) de son correspondant de la diaspora et le duplicata de son carnet de vaccination (5000 f CFA)
- 5- Une copie numérique de la carte consulaire / titre de séjour/ titre de résidence (pour les candidats de la diaspora), dont la taille est inférieure ou égale à 5 Mo.

NB: la fiche de consultation et les résultats paracliniques doivent présenter obligatoirement la signature et le cachet d'un médecin



Fiche Santé du Candidat au Hadj dans le processus de la Consultation Médicale Pré-Pèlerinage (CMPP) (Formulaire à renseigner dans le centre de CMPP par le Médecin Consultant et le Médecin Signataire

| | | | du CMAH | et à valider sur | la Platefor | me Informatique, |) | | | | |
|---|------------------------|--|--------------|------------------|-------------|-------------------------|---|---------------|-------------------------|--------------|--|
| 1. Identification du Candid | lat au Ha | ıdj | | | | | | | | | |
| Nom | | | | | | | | | | | |
| Prénoms | | | | | | | | | DIL |)TO | |
| Date et Lieu de naissance | | | | | | | | | PHO | ОТО | |
| | | | | | | | | | | | |
| N° CNI / AI / Passeport | | | | | | | | | | | |
| Γéléphone | | | | | | | | | | | |
| Date des dernières règles | | | | | | | | | | | |
| 2. Vaccination | | | | | | | | ` (| | | |
| Vaccins | D | ate et Lieu d' | 'Administrat | ion | Numéro (| du Vaccin | Valid | lité (In | diquer à Jour | Non à jour) | |
| Vaccins obligatoires Fièvre Jaune | | | | | | | | _ | | | |
| Méningite ACYW 135 | | | | | | | | | | | |
| Vaccin anti-Covid 19 | | | | | | | | | | | |
| Vaccins récommandés Poliomyélite | | | | | | | | $\overline{}$ | | | |
| Grippe saisonnière | | | | | | | | | 7 | | |
| Pneumonie 23 | | | | | | | | | | | |
| Fièvre Typhoïde | | | | | | | | V | | | |
| 3. Antécédents Médicaux | | | | | | | | | | | |
| Maladies | Oui | | | Non Si C | | | ui, Préciser Traitement d'entretien éventuel en cours | | | | |
| Diabète Hypertension | - | | | | | | | | | | |
| Hypotension | - | | | | | | | | | | |
| Drépanocytose | | | | | | | | | | | |
| Epilepsie | | | | | | | | | | | |
| Affection psychiatrique | - | | | | - | | | | | | |
| Affection Urologique Autres à Préciser | + | | | | | | | | | | |
| 4. Examens Physiques | | | 5. Exame | ns Paracliniqu | ies | | | | | | |
| Tension Artérielle | | | Biologie | | | ССМН | | Г | Transaminases | i | |
| Pouls | | | Groupe | Rhésus | | GB | | | ГGР | | |
| Taille | | | NFS | | | Plaquettes | | _ | rgo | | |
| Poids | | \vdash | HB VGM | | -() | Urée Créatinine | | <u> </u> | Autres | | |
| Autres y compris le TR si candid | lat éligible | | TCHM | | | Glycémie | | | | | |
| | at ongibio | | | | | | | | | 1 | |
| Etat psychique | | | Radio Pulmon | naire | | Acuité visi | uelle si candi | dat élig | gible | | |
| Candidat vulnérables au Hadj | Si oui préciser | | | | | Besoin d'assistance | | | | | |
| Oui Non Score | Motif de vulnérabilité | | | | | Si oui préciser le type | | | | | |
| C Traitement Brescrit /éve | ntuallan | aant Ilnyéalas | w maláaulaa | et manalagies! | , | | | | | | |
| 6. Traitement Prescrit (éve | ntuellen | ient precise | er molecules | et posologies |) | | | | | | |
| | | | | | | | | | | | |
| | | | | | | | | | | | |
| 7. Conclusion de la Consu | Itation d | le spécialité | (Uniquement | si candidat ré | féré en c | onsultation de | spécialité) | | | | |
| | | | | | | | | | | | |
| | | | | | | | | | | | |
| | | | | | | | | | | | |
| 8. Décision sur l'aptitude | Médical | e au hadj | | | | | | | | | |
| Apte N° CMAH | Date de délivra | ance CMAH | | | | | | | | | |
| | | | | | | N° carnet de v | accination | | | | |
| Apte, mais nécessite Accomp Dans ce cas, retarder la délivrance du | | | | | | N° carnet de s | anté | | | | |
| | | | | | | Date de Délivrance | | | | | |
| N° CMAH du Candidat Accompagné | | | | | | | | | | | |
| N° CMAH du Candidat Accom | pagnant | | | | | Date de Délivr | ance | | | | |
| Inapte | | | | | | = 4.5 | | | | | |
| | | | — | | | Fait à | | , | le | | |
| 9. Consultation de réévalu | ation : | Oui | Non | si oui, date | du RDV | | | | | | |
| Le Médecin Consulta | nt (Signature | & Cachet) | | | | Le Méd | decin ayant délivr | é le Certifi | cat d'Aptitude (Signatu | re & Cachet) | |
| | | | | | | | | | | | |
| | | | | | | | | | | | |