

**CONSIGNES :** Les renseignements sont à compléter par le préleveur

**PATIENT (obligatoire)**

## RENSEIGNEMENTS (obligatoire)

Pays de résidence : .....

Nom du pays visité dernièrement : .....

Date de retour de ce voyage : ..... / ..... / .....

Durée du séjour : .....

Grossesse :  OUI  NON

Nom : .....

Nom de naissance : .....

Prénom : .....

Date de naissance : ..... / ..... / .....

Sexe :  Masculin  Féminin

Coller l'étiquette ici

### S'agit-il d'une visite de suivi après diagnostic ?

**NON** → Compléter uniquement l'encadré « Diagnostic » ci-dessous

**OUI** → Compléter uniquement l'encadré « Suivi » ci-dessous

#### DIAGNOSTIC

- ◆ Cocher les symptômes que vous présentez :
  - Fièvre et/ou Frissons
  - Troubles digestifs (nausées, vomissements, douleurs abdominales, diarrhée)
  - Maux de tête
  - Autres : Préciser : .....
- ◆ Avez-vous pris un traitement préventif pendant votre séjour ?  OUI  NON
- Si oui lequel ?
 

<input type="checkbox"/> Doxypalu® (Doxycycline)	<input type="checkbox"/> Lariam® (Méfloquine)
<input type="checkbox"/> Malarone® (Atovaquone+Proguanil)	<input type="checkbox"/> Nivaquine® (Chloroquine)
<input type="checkbox"/> Savarine® (Proguanil+Chloroquine)	<input type="checkbox"/> Paludrine® (Proguanil)
<input type="checkbox"/> Autre. Préciser : .....	
- L'avez-vous oublié **au moins une fois** ?  OUI  NON
- ◆ Une recherche de Paludisme a-t-elle déjà été réalisée pour **cet** épisode ?
  - NON
  - OUI** : Préciser le résultat :  Positif  Négatif
  - Si positif : préciser l'espèce :  *P. falciparum*  *P. vivax*  *P. ovale*  *P. malariae*  *P. knowlesi*
- ◆ Avez-vous déjà eu un paludisme **avant** cet épisode ?
  - NON
  - OUI** : Préciser quand : .....
  - Préciser l'espèce :  *P. falciparum*  *P. vivax*  *P. ovale*  *P. malariae*  *P. knowlesi*

#### SUIVI

- ◆ **Parasitémie initiale (J0) =**
  - ◆ Préciser l'espèce :  *P. falciparum*  *P. vivax*  *P. ovale*  *P. malariae*  *P. knowlesi*
  - ◆ De quelle visite de contrôle post-diagnostic s'agit-il :
    - 3 jours  7 jours  28 jours
  - ◆ Quel traitement avez-vous pris (prenez-vous) ?
 

<input type="checkbox"/> Riamet® = Coartem® (Luméfantine+Artéméter)	<input type="checkbox"/> Malarone® (Atovaquone+Proguanil)
<input type="checkbox"/> Eurartésim® (Pipéraquline+Arténimol)	<input type="checkbox"/> Quinimax® (Quinine)
<input type="checkbox"/> Nivaquine® (Chloroquine)	<input type="checkbox"/> Lariam® (Méfloquine)
<input type="checkbox"/> Fansidar® (Sulfadoxine+Pyriméthamine)	<input type="checkbox"/> Halfan® (Halofantrine)
  - ◆ Avez-vous **toujours actuellement** de la fièvre ou d'autres symptômes ?  **OUI\*\***  NON
- \*\*Note à l'attention du laboratoire : Si patient toujours symptomatique : Considérer la recherche comme Urgente.**