

**IDENTIFICATION DU PATIENT**

**NOM :**

**Nom de naissance :**

**Prénom :**

**Date de naissance :**

**VOYAGE**

oui  non

Si oui,

**Pays visité :**

**Durée du voyage :**

**Date de retour :**

Chimio prophylaxie :  oui  non

Si oui, quel médicament ? :

durée de sa prise ? :

arrêt combien de jours après le retour ? :

**SIGNES CLINIQUES**

Fièvre:

T°C :

Depuis quand :

Notion de crise palustre :

Douleurs abdominales

Urines foncées

Vomissements, nausées, diarrhées

Traitement actuel :



**FORMULAIRE DE RENSEIGNEMENTS CLINIQUES  
RECHERCHE DE PALUDISME**

Page 3 sur 4

**MU-PREA-FE-032**  
Version : 02

**PATIENT IDENTIFICATION**

**Name :**

**Marital name :**

**First name :**

**Birth date :**

**Recent Trip**

yes  no

If yes,

**Visited country :**

**Duration of the trip :**

**Date of return :**

Chemo prophylaxis :  yes  no

If yes, what medicine ?

For how long did you take it ?

After how many days did you stop taking it after your return ?

**Clinical symptoms**

Fever : T°C :

Since when :

Concept of malaria crisis :

Stomach aches

Dark urine

Vomit, nausea, diarrhea

Current treatment :

هوية المريض

الإسم :

اللقب :

اللقب عند الولادة :

تاريخ الولادة :

لا  نعم

سفر منذ مدة قريبة

إذا كانت الإجابة نعم ،

البلد الذي زرته :

مدة السفر :

تاريخ العودة :

دواء وقاية كيميائية :  نعم  لا

إذا كانت الإجابة نعم ما هو الدواء :

مدة استعماله :

متى توقفت عن اخذه بعد العودة :

الاعراض

حمى  درجة الحرارة :

منذ متى :

حالة ازمة ملاريا :

الام في البطن

بول داكن

تقيؤ، دوخة، إسهال

العلاج الحالي :