

CONSIGNES : Les renseignements sont à compléter par le préleveur

UN BIOLOGISTE DOIT IMPERATIVEMENT ETRE PREvenu

RENSEIGNEMENTS (obligatoire)

Pays de résidence :
Nom du pays visité dernièrement :
Date de retour de ce voyage : / /
Durée du séjour :
Grossesse : ☐ OUI ☐ NON

PATIENT (obligatoire)

Nom :
Nom de naissance :
Prénom :
Date de naissance : / /
Sexe : ☐ Masculin ☐ Féminin

Coller l'étiquette ici

S'agit-il d'une visite de suivi (3, 7 ou 28 jours après le début de votre traitement) ?

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

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

DIAGNOSTIC INITIAL

◆ **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 ?

- ☐ Doxypalu® (Doxycycline) ☐ Lariam® (Méfloquine)
☐ Malarone® (Atovaquone+Proguanil) ☐ Nivaquine® (Chloroquine)
☐ Savarine® (Proguanil+Chloroquine) ☐ Paludrine® (Proguanil)
☐ 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 la date : Préciser le résultat : ☐ Négatif ☐ Positif

Si Positif : COMPLETER LA COLONNE « SUIVI » CI-CONTRE ----->

◆ **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 THERAPEUTIQUE J3-J7-J28

◆ **Nom du laboratoire ayant posé le diagnostic initial :**

◆ **Nom du médecin ayant prescrit votre traitement : Dr**

◆ **Parasitémie initiale au diagnostic =**

◆ **Préciser l'espèce :** ☐ *P. falciparum* ☐ *P. vivax* ☐ *P. ovale* ☐ *P. malariae* ☐ *P. knowlesi*

◆ **De quelle visite de contrôle après introduction du traitement s'agit-il :**

- ☐ 3 jours ☐ 7 jours ☐ 28 jours

◆ **Quel traitement avez-vous pris (prenez-vous) ?**

- ☐ Riamet® = Coartem® (Luméfantine+Artéméter) ☐ Malarone® (Atovaquone+Proguanil)
☐ Eurartésim® (Pipéraquine+Arténimol) ☐ Quinimax® (Quinine)
☐ Nivaquine® (Chloroquine) ☐ Lariam® (Méfloquine)
☐ Fansidar® (Sulfadoxine+Pyriméthamine) ☐ Halfan® (Halofantrine)

◆ **Avez-vous toujours actuellement de la fièvre ou d'autres symptômes malgré votre traitement ?**

- ☐ NON ☒ **OUI****

****Note à l'attention du laboratoire : Si patient toujours symptomatique malgré le traitement : Considérer la recherche comme un diagnostic initial et donc URGENTE**