



DEMANDE DE RENSEIGNEMENTS LORS D'UNE RECHERCHE DIRECTE DE
PALUDISME

Dossier :

Voyage :

Lieu : _____

Date de retour : _____

Pays de résidence :

Pays d'origine :

☐ **Cas d'une demande initiale : patient NON INFECTE par le Paludisme lors des deux derniers mois**

Signes cliniques : _____

Fièvre lors du prélèvement ? _____

Traitement antipaludique : ☐ OUI ☐ NON

Si oui : Nom de du traitement : _____

Posologie : _____

Date de la dernière prise : _____

☐ **Cas d'un suivi d'efficacité thérapeutique : patient INFECTE par le Paludisme lors des deux derniers mois**

Nom de du traitement curatif : _____

Date de la dernière prise : _____

Persistance des symptômes (> 48 heures) : ☐ OUI ☐ NON

Reprise de la fièvre : ☐ OUI ☐ NON

Symptômes digestifs (vomissements, diarrhées...) : ☐ OUI ☐ NON

Symptômes neurologiques (céphalées...) : ☐ OUI ☐ NON

Antécédents / Autres informations ? _____

Fiche à scanner et à faire suivre avec le tube à la paillasse hématologie