

FICHE DE SUIVI DE PRELEVEMENT : Recherche de parasites sanguicoles

(Document complété à caractère confidentiel)

Date et heure du recueil :

Préleveur :

IDENTITE DU PATIENT

Mme/Melle/Mr :	Prénom :	Résultats :
Date de naissance :		<input type="checkbox"/> au laboratoire
Adresse :		<input type="checkbox"/> internet
.....		(Renseigner email)
n° tél / Port :	Email:	Prescripteur :

Avez-vous une ordonnance (la joindre à cette fiche) OUI NON
n° sécurité sociale :
nom/prénom de l'assuré : date de naissance :
caisse principale : mutuelle : n° adhérent :

CIRCONSTANCES DE L'ANALYSE

TRAITEMENT
Le patient prend ou a pris récemment des **antipaludiques** ? OUI NON
 Chimio-prophylaxie
Molécule ? Prise régulière ? Oublis ? Prise après le retour ?
 Traitement à visée curative
Molécule ? Depuis ? Dernière prise ?
 Autre traitement antiparasitaire :

CIRCONSTANCE DE LA DEMANDE
 Fièvre inexpliquée au retour d'un voyage en zone d'endémie palustre
 Contrôle négativation du paludisme J3-J7-J28
 Recherche particulière : Leishmaniose viscérale, Loase, Babésiose, filariose lymphatique, Trypanosomose
 Autre :

SEJOUR :
-Pays d'endémie visité(s)
-Date de départ : .../.../..... Date de retour : .../.../..... Durée du séjour : Séjours antérieurs :
-Nature du séjour :
 Tourisme Professionnel Expatrié longue durée Militaire Migrants primo-arrivant
 Migrants résidant en France, en visite au pays d'origine
-Pendant le séjour, résidence en milieu :
 Urbain strict Rural Notion de nuitée rurale ou forestière Protection anti-moustique

PATHOLOGIE PRE-EXISTANTE
 Immunodépression Aplasie Splénectomie Antécédent de paludisme : Date : .../.../..... Espèce :
 Autre :

EXAMEN CLINICO-BIOLOGIQUE Date de début des symptômes : .../.../.....

Suspicion de paludisme :	Autre parasitose sanguicole :
- Fièvre (ou allégation fébrile) <input type="checkbox"/> oui <input type="checkbox"/> non	- Fièvre (ou allégation fébrile) <input type="checkbox"/> oui <input type="checkbox"/> non
- Atteinte neurologique <input type="checkbox"/> oui <input type="checkbox"/> non	- Prurit localisé <input type="checkbox"/> oui <input type="checkbox"/> non
- Vomissements <input type="checkbox"/> oui <input type="checkbox"/> non	- Adénopathies <input type="checkbox"/> oui <input type="checkbox"/> non
- Arthralgies/Myalgies <input type="checkbox"/> oui <input type="checkbox"/> non	- Arthralgies/Myalgies <input type="checkbox"/> oui <input type="checkbox"/> non
- Céphalées <input type="checkbox"/> oui <input type="checkbox"/> non	- Céphalées <input type="checkbox"/> oui <input type="checkbox"/> non
- Anémie <input type="checkbox"/> oui <input type="checkbox"/> non	- Anémie / Thrombopénie <input type="checkbox"/> oui <input type="checkbox"/> non
- Thrombopénie <input type="checkbox"/> oui <input type="checkbox"/> non	- Piqure de Tique <input type="checkbox"/> oui <input type="checkbox"/> non
- Spléno/Hépatomégalie <input type="checkbox"/> oui <input type="checkbox"/> non	- Eosinophilie <input type="checkbox"/> oui <input type="checkbox"/> non
	- Spléno/Hépatomégalie <input type="checkbox"/> oui <input type="checkbox"/> non
	- Lymphangite/Lymphoedème <input type="checkbox"/> oui <input type="checkbox"/> non

- Autre :

EXAMENS MICROBIOLOGIQUES REALISES CONCOMITANT
 ECBU Coproculture Autre (sérologies...) :

Laboratoire Inovie LxBIO – siège social - 22, rue Béteille – BP 108 - 12001 RODEZ
FE CBP 1047 (02)