



FICHE DE RENSEIGNEMENTS PATIENT
A remplir impérativement par l'expéditeur du prélèvement

Patient	Centre Hospitalier expéditeur	N° identification CNRPalu
Nom de naissance :	Identification :	
Nom marital :	
Prénom :	
Né(e) le :	Contact : Nom.....	
Sexe : M <input type="checkbox"/> F <input type="checkbox"/>	Tél.....	
Prélèvement		
Date et heure de prélèvement :		
Délai entre le prélèvement et le conditionnement du colis : condition de conservation :		
Sang total : EDTA <input type="checkbox"/> volume : ml ; héparine <input type="checkbox"/> volume : ml ; ACD <input type="checkbox"/> volume : ml		

Pays d'endémie visité : Date de retour :

Espèce(s) diagnostiquée(s) : *P. falciparum* *P. ovale* *P. malariae* *P. vivax* *P. spp*

Date de diagnostic : Densité parasitaire :

Utilisation d'une chimioprophylaxie : Oui Non Si oui laquelle :

posologie est fréquence d'administration respectées : Oui Non Si non motif :

Date de début de traitement :

protocole utilisé :

séjour

Nature du séjour : Tourisme Professionnel Immigrant retour au pays Militaire

Environnement : Urbain Rural Côtier Mixte

Autres pays d'endémie visités durant ces 4 dernières années :

.....

clinique

Accès simple Paludisme viscéral évolutif Accès grave Forme asymptomatiques

S'agit-il d'une récurrence : Oui Non S'agit-il d'une femme enceinte : Oui Non

Evolution : Complications/accès grave Oui Non Décès

biologie

Techniques de diagnostic parasitaire : Frottis Goutte épaisse TDR QBC PCR

NFS : Hb : ; Gr : ; GB : ; Plaq :