



## **Demande de renseignements lors d'une recherche directe de paludisme**

Signes cliniques ? .....

Fièvre lors du prélèvement ? .....

Prophylaxie ? .....

*Avant le voyage* .....

*Pendant le voyage*      Traitement : .....

Durée du traitement : .....

*Après le voyage*      Traitement : .....

Durée du traitement : .....

Antécédents ? .....

Voyage :    Lieu : .....

Durée du séjour : .....

Signature du préleveur :

Date de prélèvement :

**Fiche à scanner dans le dossier patient et à faire suivre avec le tube à la paillasse hématologie** DE-MU2-019-04



## **Demande de renseignements lors d'une recherche directe de paludisme**

Signes cliniques ? .....

Fièvre lors du prélèvement ? .....

Prophylaxie ? .....

*Avant le voyage* .....

*Pendant le voyage*      Traitement : .....

Durée du traitement : .....

*Après le voyage*      Traitement : .....

Durée du traitement : .....

Antécédents ? .....

Voyage :    Lieu : .....

Durée du séjour : .....

Signature du préleveur :

Date de prélèvement :

**Fiche à scanner dans le dossier patient et à faire suivre avec le tube à la paillasse hématologie** DE-MU2-019-04

<i>Étiquette patient ou</i>
<i>Nom : _____</i>
<i>Prénom : _____</i>

<i>Étiquette patient ou</i>
<i>Nom : _____</i>
<i>Prénom : _____</i>