



Prélèvement : fiches de renseignements cliniques Paludisme

UNI-PRE-DE-007-01

Version : 1

Date d'application : 23/02/2026

Monsieur

Madame

NOM :

Prénom :

DDN :

Grossesse :

Oui

Non

[[codeBarreDemande]]

Contexte Demande : Retour de voyage

Suivi post-traitement : J3 J7 J28 Autres (à préciser) :

Antécédent de paludisme (avant cet épisode) : Oui Non

Partie à remplir si retour de voyage :

Pays de résidence :

Pays visité :

Date de départ (de France) :

Date de retour (en France) :

Autres pays visités (4 dernières années) :

Symptômes :

Fièvre

Signes neurologiques

Céphalées/arthralgies

Signes digestifs

Date de début des symptômes :

Traitement préventif : Oui

Non

Ne sait pas

Traitement :

Chloroquine (Nivaquine)

Méfloquine (Lariam)

Chloroquine + Proguanil (Savarine)

Doxycycline (Doxypalu)

Atovaquone (Malarone)

Autre :

Prise régulière ?

Oui

Non

Ne sait pas

Recherche de paludisme déjà réalisée depuis l'apparition des symptômes ? Oui Non

Partie à remplir si suivi post-traitement :

Symptômes persistants malgré le traitement ? Oui

Non

Partie à remplir si antécédent de paludisme :

Quelle espèce ? :

Date du traitement :