



NOM :

PRENOM :

Date de naissance :

Pays de naissance :

Date de prélèvement :

Heure du prélèvement:

Voyage à l'étranger

Destination :

Période :

Traitement et prévention :

Renseignements cliniques :

Fièvre : Autres signes (détailler) :

Traitement thérapeutique en cours :

Nom du traitement :

Contrôle après traitement :

Date fin de traitement :

Nom du traitement :