

Date du prélèvement : .....

Heure du prélèvement (Impératif) : .....

Nom : .....  
Prénom : .....  
DDN : .....  
ou Etiquette

**SYMPTOMES**     OUI             NON

Date de début : .....

**FIEVRE** au moment du prélèvement             OUI     NON

Types de symptômes (entourer) :  
Céphalées - myalgies - asthénie - vomissement - diarrhée - toux - prostration

**VOYAGE RECENT**  OUI             NON

Pays : .....            Date du retour : .....

**TRAITEMENT ANTIPALUSTRE**     OUI             NON

Entourer : NIVAQUINE MALARONE LARIAM RIAMET QUINIMAX     **PROPHYLAXIE**  
PALUDRINE FANSIDAR SAVARINE DOXYCYCLINE             **CURATIF – CONTROLE EFFICACITE**

**PARTIE CI-DESSOUS RESERVEE AU PLATEAU TECHNIQUE**

**1. BIOLOGIE MOLECULAIRE (LAMP)**

Heure :	Code technicien :	<b>Résultat</b>
Saisie réalisée par :		<input type="checkbox"/> Négatif <input type="checkbox"/> Positif

**2. FROTTIS SANGUIN**             OUI             NON

Heure :	Code technicien :	Biologiste lecteur :
Recherche :	<input type="checkbox"/> Négative <input type="checkbox"/> Positive (déclaration ARS)	
<input type="checkbox"/> <i>P. falciparum</i> <input type="checkbox"/> <i>P. malariae</i> <input type="checkbox"/> <i>P. vivax</i> <input type="checkbox"/> <i>P. ovale</i> <input type="checkbox"/> <i>P. knowlesi</i>		
Parasitémie :		
Saisie réalisée par :		

**3. TEST ANTIGENIQUE ICT**             OUI             NON

Heure :	Code technicien :	Lot réactif :	Date péremption :
Recherche antigénique: <input type="checkbox"/> Négative			
<input type="checkbox"/> Pos ( <i>P. falciparum</i> ) <input type="checkbox"/> Pos ( <i>non falciparum</i> ) <input type="checkbox"/> Pos ( <i>P. falci +/- autres</i> )			
Saisie faite par :		Vérifiée par :	SCAN <input type="checkbox"/> OK

Date du prélèvement : .....

Heure du prélèvement (Impératif) : .....

Nom : .....  
Prénom : .....  
DDN : .....  
ou Etiquette

**SYMPTOMES**     OUI             NON

Date de début : .....

**FIEVRE** au moment du prélèvement             OUI     NON

Types de symptômes (entourer) :  
Céphalées - myalgies - asthénie - vomissement - diarrhée - toux - prostration

**VOYAGE RECENT**  OUI             NON

Pays : .....            Date du retour : .....

**TRAITEMENT ANTIPALUSTRE**     OUI             NON

Entourer : NIVAQUINE MALARONE LARIAM RIAMET QUINIMAX     **PROPHYLAXIE**  
PALUDRINE FANSIDAR SAVARINE DOXYCYCLINE             **CURATIF – CONTROLE EFFICACITE**

**PARTIE CI-DESSOUS RESERVEE AU PLATEAU TECHNIQUE**

**4. BIOLOGIE MOLECULAIRE (LAMP)**

Heure :	Code technicien :	<b>Résultat</b>
Saisie réalisée par :		<input type="checkbox"/> Négatif <input type="checkbox"/> Positif

**5. FROTTIS SANGUIN**             OUI             NON

Heure :	Code technicien :	Biologiste lecteur :
Recherche :	<input type="checkbox"/> Négative <input type="checkbox"/> Positive (déclaration ARS)	
<input type="checkbox"/> <i>P. falciparum</i> <input type="checkbox"/> <i>P. malariae</i> <input type="checkbox"/> <i>P. vivax</i> <input type="checkbox"/> <i>P. ovale</i> <input type="checkbox"/> <i>P. knowlesi</i>		
Parasitémie :		
Saisie réalisée par :		

**6. TEST ANTIGENIQUE ICT**             OUI             NON

Heure :	Code technicien :	Lot réactif :	Date péremption :
Recherche antigénique: <input type="checkbox"/> Négative			
<input type="checkbox"/> Pos ( <i>P. falciparum</i> ) <input type="checkbox"/> Pos ( <i>non falciparum</i> ) <input type="checkbox"/> Pos ( <i>P. falci +/- autres</i> )			
Saisie faite par :		Vérifiée par :	SCAN <input type="checkbox"/> OK