



Nom :
Prénom :
Date de naissance :

ETIQUETTE

1. DIAGNOSTIC

Signes cliniques :

- Fièvre et/ou Frissons. Depuis combien de temps ? :
- Troubles digestifs (*nausées, vomissements, douleurs abdominales, diarrhée*). Depuis comment de temps ? :
- Céphalées. Depuis combien de temps ? :

Pays d'origine du patient :

Nom du pays visité dernièrement :

Date de retour de ce voyage :

Durée du séjour :

Avez-vous pris un traitement préventif pendant votre séjour ? OUI NON

Si oui lequel :

- | | |
|--|---|
| <input type="checkbox"/> <i>Doxypalu</i> * (Doxycycline) | <input type="checkbox"/> <i>Lariam</i> * (Mefloquine) |
| <input type="checkbox"/> <i>Malarone</i> * (Atovaquone+Proguanil) | <input type="checkbox"/> <i>Nivaquine</i> * (Chloroquine) |
| <input type="checkbox"/> <i>Savarine</i> * (Proguanil+Chloroquine) | <input type="checkbox"/> <i>Paludrine</i> * (Proguanil) |
| <input type="checkbox"/> Autres : Préciser | |

L'avez-vous oublié au moins une fois pendant le séjour ?

2. SUIVI APRES TRAITEMENT

Quel traitement avez-vous pris ?

- | | |
|---|---|
| <input type="checkbox"/> <i>Malarone</i> * (Atovaquone+Proguanil) | <input type="checkbox"/> <i>Nivaquine</i> * (Chloroquine) |
| <input type="checkbox"/> <i>Lariam</i> * (Mefloquine) | <input type="checkbox"/> <i>Quinimax</i> * (Quinine) |
| <input type="checkbox"/> <i>Halfan</i> * (Halofantrine) | <input type="checkbox"/> <i>Fansidar</i> * (Sufadoxine+Pyrimethamine) |
| <input type="checkbox"/> <i>Riamet</i> * = Coartem *
(Lumefantrine+Artemether) | <input type="checkbox"/> <i>Eurartesim</i> * (Piperaquine+Artemimol) |

Depuis combien de jours avez-vous terminé votre traitement ?

- 3 ou 4 jours
- 6 à 8 jours
- 26 à 30 jours