

- Document à caractère confidentiel -

Cette fiche doit être jointe à chaque prélèvement accompagnée de la prescription.

Pour les prélèvements qui ne sont pas déposés directement au laboratoire, en cas de tiers payant, merci de joindre une photocopie de l'attestation carte vitale et de la mutuelle.

PRENEZ SOIN DE VOTRE SANTE EN REpondant AU QUESTIONNAIRE CI-DESSOUS

<p>Nom</p> <p>Nom de naissance</p> <p>Prénom</p> <p>Date de naissance</p> <p>Téléphone</p> <p>Adresse</p>	<div style="border: 1px solid black; padding: 20px; width: 80%; margin: auto;"> <p>Étiquette patient</p> </div>
<p>Heure du prélèvement : h.....</p> <p>Date :/...../..... Préleveur :</p>	
<p>Séjour dans un pays étranger :</p> <p><input type="checkbox"/> Non <input type="checkbox"/> Oui Préciser lequel :</p> <p>Date départ du voyage :</p> <p>Date de retour en France :</p> <p>Personnel navigant <input type="checkbox"/> Non <input type="checkbox"/> Oui</p>	
<p>Traitement anti-paludéen (Malarone, Doxycycline, Artemisine, Lariam, Nivaquine) :</p> <p><input type="checkbox"/> Non <input type="checkbox"/> Oui Lequel :</p> <p><input type="checkbox"/> Avant le départ <input type="checkbox"/> Pendant le voyage <input type="checkbox"/> Au retour</p> <p>Arrêt quand :</p>	
<p>Renseignements cliniques :</p> <p>.....</p> <p>.....</p> <p>.....</p>	
<p>Signes cliniques :</p> <p>▪ Fièvre <input type="checkbox"/> Non <input type="checkbox"/> Oui</p> <p>▪ Maux de tête <input type="checkbox"/> Non <input type="checkbox"/> Oui</p> <p>▪ Frissons <input type="checkbox"/> Non <input type="checkbox"/> Oui</p> <p>▪ Troubles digestifs <input type="checkbox"/> Non <input type="checkbox"/> Oui</p> <p>Quelle est votre température au moment du prélèvement :</p>	