



Centre National de Référence de Chimiorésistance du Paludisme (CNRCP)

Institut Pasteur de la Guyane française

23, av Pasteur, BP 6010, 97306 Cayenne cedex

Interlocuteurs : Dr E. Legrand Tel : 05 94 29 26 12 **Dr L. Musset** Tel: 0594 29 68 40 Fax: 0594 31 80 83

Demandeur	CS/ laboratoire/unité :	Téléphone :
	Médecin demandeur :	
	Date du prélèvement : ____/____/____	Date d'envoi : ____/____/____
	Demande d'examen complémentaire au test de chimiosensibilité : <input type="checkbox"/> Diagnostic d'espèces Si oui, pourquoi :	

Patient	Nom :	Prénom :
	Date de naissance : ____/____/____	Sexe : <input type="checkbox"/> M <input type="checkbox"/> F
	Nature du séjour en Guyane : <input type="checkbox"/> De passage en Guyane <input type="checkbox"/> Résident en Guyane Si oui, pays de provenance : Lieu de résidence : Lieux probables de contamination :	
	Antécédents de paludisme : <input type="checkbox"/> Non <input type="checkbox"/> Si oui, traitement :	
	Si oui : Date du dernier accès : ____/____/____ Lieu : Espèce : <input type="checkbox"/> <i>P. falciparum</i> <input type="checkbox"/> <i>P. vivax</i> <input type="checkbox"/> <i>P. malariae</i> <input type="checkbox"/> <i>P. ovale</i>	
	Examen clinique : Date de début des symptômes : ____/____/____ Hospitalisation : <input type="checkbox"/> Oui <input type="checkbox"/> Non <input type="checkbox"/> Ne sait pas Forme clinique : <input type="checkbox"/> Accès simple <input type="checkbox"/> Accès compliqué (pernicieux) Remarques cliniques :	

Prélèvement	Tube EDTA ou ACD à conserver à +4°C, y compris pendant l'acheminement.
	Espèce : <input type="checkbox"/> <i>P. falciparum</i> <input type="checkbox"/> <i>P. vivax</i> <input type="checkbox"/> <i>P. malariae</i> <input type="checkbox"/> <i>P. ovale</i>
	Parasitémie : %
	Résultat TDR : <input type="checkbox"/> <i>P. falciparum</i> <input type="checkbox"/> <i>Plasmodium sp</i> <input type="checkbox"/> Négatif <input type="checkbox"/> Non fait

Thérapeutique	Prophylaxie utilisée :	<input type="checkbox"/> Aucune <input type="checkbox"/> Ne sait pas
	Prophylaxie bien suivie : <input type="checkbox"/> Oui <input type="checkbox"/> Non	<input type="checkbox"/> Ne sait pas
	Date de la dernière prise : ____/____/____	
	Traitement avant prélèvement :	<input type="checkbox"/> Aucun <input type="checkbox"/> Ne sait pas
	Traitement bien suivi : <input type="checkbox"/> Oui <input type="checkbox"/> Non	<input type="checkbox"/> Ne sait pas
	Evolution : <input type="checkbox"/> Succès <input type="checkbox"/> Echec	
Date de la dernière prise : ____/____/____		
Traitement après prélèvement :		<input type="checkbox"/> Aucun <input type="checkbox"/> Ne sait pas

Remarques diverses :
