



❖ **Nom** : **Prénom** : **Date** : ... / ... / ...

Né(e) le : ... / ... / ...

❖ **Signes cliniques** :

- Fièvre ou hypothermie
- Confusion
- Céphalée
- Syndrome algique
- Troubles digestifs
- Autre :

❖ **Terrain** :

- Grossesse
- Immunodépression
- Splénectomie

❖ **Voyage** :

- Pays :
- Date de départ :
- Date de retour :

❖ **Traitement Prophylactique** : oui non

❖ **Traitement / Suivi d'un paludisme positif** : oui non

.....