



**Cette fiche est à remplir obligatoirement dans tous les cas de demande d'analyses de parasitologie et à joindre à la prescription.
(l'analyse ne sera pas réalisée en l'absence de cette fiche)**

SERVICE ET MEDECIN PRESCRIPTEUR :

ETIQUETTE PATIENT :

ORIGINE GEOGRAPHIQUE, VOYAGES OU SEJOURS DANS PAYS D'ENDEMIE :

PAYS

DATES DE SEJOURS

PAYS	DATES DE SEJOURS

SIGNES CLINIQUES A L'ORIGINE DE LA DEMANDE :

Douleurs abdominales :	<input type="checkbox"/> OUI	<input type="checkbox"/> NON
Diarrhée :	<input type="checkbox"/> OUI	<input type="checkbox"/> NON
Nausées, vomissements :	<input type="checkbox"/> OUI	<input type="checkbox"/> NON
Fièvre :	<input type="checkbox"/> OUI	<input type="checkbox"/> NON

Autres :

.....

.....

EOSINOPHILIE :

ANTECEDENTS DE PARASITOSE : Type et traitement

.....

.....

TRAITEMENT(S) EN COURS :

.....

.....