

LABORATOIRE DE BIOLOGIE MEDICALE KUATE
C2 - ENR 04 V6 Questionnaire de parasitologie

Ce questionnaire a pour but de collecter quelques informations indispensables à toute recherche parasitologique qui se veut sérieuse et adaptée à chacun de vous

Nom d'usage :	Date de naissance :
Nom de naissance	Date de recueil :
Prénom :	
Sexe : <input type="checkbox"/> F ou <input type="checkbox"/> M	

⇒ Avez-vous quitté la France continentale
(y compris les voyages même très bref ou très ancien): **OUI** **NON** **Si OUI,**
veuillez indiquer le(s) pays concernés et si possible les dates correspondantes.

⇒ Au cours de ces voyages vous êtes-vous baigné ou avez-vous marché
en eau douce (y compris pieds nus sur gazon humide) ? **OUI** **NON**

⇒ Date et lieu du dernier séjour en pays chaud (ou tropicaux) ?

⇒ Date de retour en France ?

⇒ Du fait de votre profession (ou de votre hobby), êtes-vous exposé à des
Risques particuliers ? Veuillez préciser lesquels.

⇒ Veuillez dater le début des symptômes actuels:

⇒ Avez-vous de la fièvre ? **OUI** **NON** **Température**

⇒ Avez-vous des douleurs abdominales ? **OUI** **NON** **Parfois**

⇒ Avez-vous des diarrhées ? **OUI** **NON** **Parfois**

○ Nombre de selles / jour :

⇒ Vomissements ? **OUI** **NON**

⇒ Nausées ? **OUI** **NON** **Parfois**

⇒ Avez-vous des signes cutanés (érythème, prurit.) **OUI** **NON** **Parfois**

⇒ Avez-vous des démangeaisons anales ?... **OUI** **NON** **Parfois**

⇒ Avez-vous perdu du poids ? **OUI** **NON**

⇒ Des membres de votre entourage décrivent-ils des
Symptômes similaires **OUI** **NON**

⇒ Avez-vous eu des parasites ? **OUI** **NON**

- **Si OUI,** veuillez préciser lesquels, les traitements éventuellement reçus :

- Si vous êtes actuellement sous traitement, veuillez indiquer le(s) médicament (s) :

⇒ A quand remonte votre dernière prise d'antibiotiques ?

⇒ Mangez-vous de la viande crue ? **OUI** **NON** **Parfois**

⇒ Mangez-vous du poisson cru ? **OUI** **NON** **Parfois**

⇒ Avez-vous consommé dans les 3-4 jours précédant votre examen de l'avocat, olives ou tous
fruits oléagineux (Noix, pistache, amandes, cacahuètes) ? **OUI** **NON**

⇒ Veuillez décrire brièvement votre symptomatologie :