



Date de déclaration :

Service

Fiche de prise en charge d'un cas de Leishmaniose Viscérale

Identité du malade

Nom : Prénom : Nom du père :

Sexe : M /__ / F /__ /

Date de naissance : Si non, âge :

Gouvernorat : Délégation : Localité :

Profession :

Lieu et Adresse du Travail :

Téléphone :

Histoire de la maladie :

- Date de début de la maladie : Date Diagnostic

- Déplacements effectués par le malade : Oui /__ / Non /__ /

Si oui Date : Lieu :

- Signes Cliniques :	- Fièvre	:	Oui /__ /	Non /__ /
	- Splénomégalie	:	Oui /__ /	Non /__ /
	- Perte du poids	:	Oui /__ /	Non /__ /
	- Pâleur	:	Oui /__ /	Non /__ /

Autres à préciser :

Diagnostic :

❖ TDR : Oui /__ / Non /__ / Date : Nom du lab :

Résultat : Pos /__ / Neg /__ /

❖ Sérologie : Oui /__ / Non /__ / Date : Nom du lab :

Technique : Résultat : Pos /__ / Neg /__ / Titre AC :

❖ Microscopie (frottis MO) : Oui /__ / Non /__ / Date : Nom du lab.

Résultat : Pos /__ / Neg /__ /

❖ PCR (sang) : Oui /__ / Non /__ / Date : Nom du lab.

Résultat : Pos /__ / Neg /__ / Charge parasitaire :

- Hospitalisation : Oui /__ / Non /__ / Date :

Hôpital : Service :

Traitement :

Type du traitement : **Ambisome** Dose : Poids :

Si autres molécules, précisez

Date de début du traitement

- 1^{ère} Cure : Oui /__ / Non /__ /

- Rechute : Oui /__ / Non /__ /

Nom et Signature du déclarant