



Date de déclaration :

Service

Fiche de Suivi d'un cas de Leishmaniose Viscérale
(Après 1^{er} contrôle de 1 à 2 mois)

IDENTITE DU MALADE

Nom Prénom..... Nom du père.....

Sexe : M /__ / F /__ /

Date de naissance : Si non age :

Gouvernorat..... Délégation..... Localité

Profession :

Lieu et Adresse du Travail :

Téléphone :

EVOLUTION

Durée d'hospitalisation

- Guérison : oui /__ / non /__ /
- Echec : oui /__ / non /__ /
- Rechute : oui /__ / non /__ / Date de survenue et délai
- Décès : oui /__ / non /__ / Cause du décès

ACCIDENT THERAPEUTIQUE : Oui /__ / Non /__ /

Si oui indiquer la nature :

Date de survenue :

Dose cumulée au moment des effets indésirables :

Nom et Signature du déclarant