

**Évaluation :**  
**Diarrhée du voyageur et malaria (paludisme)**

Nom du patient :  
Prénom du patient :  
Date de naissance :  
Adresse :  
Numéro de téléphone :  
Poids :

Grossesse : \_\_\_\_\_. Allaitement : \_\_\_\_\_.

Allergies et intolérances: \_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_.

Conditions médicales : \_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_.

Prise de médicaments : \_\_\_\_\_.

Lesquels : \_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_.

Médication en vente libre ou produits naturels : \_\_\_\_\_.

Lesquels : \_\_\_\_\_.

Pays : \_\_\_\_\_.

Destination (précise) : \_\_\_\_\_.

Risque de diarrhée : Oui \_\_\_\_\_ Non \_\_\_\_\_.

Risque de malaria (paludisme) : Oui \_\_\_\_\_ Non \_\_\_\_\_.

---

**Facteurs d'exclusion**

VIH ou prise d'immunosuppresseurs : Oui \_\_\_\_\_ Non \_\_\_\_\_.

Cancer actif : Oui \_\_\_\_\_. Non \_\_\_\_\_.

Infarctus récent (moins de 3 mois ou angine instable) : Oui \_\_\_\_\_. Non \_\_\_\_\_.

Grossesse du 3<sup>e</sup> trimestre ou grossesse multiple : Oui \_\_\_\_\_. Non \_\_\_\_\_.

Insuffisant cardiaque ou rénale modérée à sévère : Oui \_\_\_\_ . Non \_\_\_\_ .

Insuffisant hépatique : Oui \_\_\_\_ . Non \_\_\_\_ .

Anticoagulant récent (moins de 6 mois ou instable) : Oui \_\_\_\_ . Non \_\_\_\_ .

Hypertension ou diabète ou autre maladie chronique

non contrôlée : Oui \_\_\_\_ . Non \_\_\_\_ .

Maladie inflammatoire de l'intestin non contrôlé : Oui \_\_\_\_ . Non \_\_\_\_ .

---

**Antibiotique recommandé :**

**Diarrhée du voyageur :**

A : Cipro

B : Zithomax

C : Autres

Dosage : \_\_\_\_\_ .

**Antipaludéens :**

A : Malarone

B : Autres

\*\* Patient accepte les génériques (si possible) : Oui \_\_\_\_ . Non \_\_\_\_ .

Symptômes expliqués au patient : Oui \_\_\_\_ . Non \_\_\_\_ .

Facteurs de risque expliqués au patient : Oui \_\_\_\_ . Non \_\_\_\_ .

---

Nom de l'infirmière : \_\_\_\_\_ .

Signature de l'infirmière : \_\_\_\_\_ .

Nom du pharmacien : \_\_\_\_\_ .

Signature du pharmacien : \_\_\_\_\_ .

Date : \_\_\_\_\_ .