

Demande de confirmation biologique de PFA à un laboratoire océanien

(Ce formulaire doit être joint à l'échantillon de selles envoyé au laboratoire)

Pays :	EPID#		
Nom du patient :	H	F	
Adresse : _____		Village/Ville : _____	
Commune : _____		District : _____	
Etat/Province :			
	Jour	Mois	Année
Date de naissance du patient:			
Si la date de naissance est inconnue, âge approximatif : _____ années et _____ mois			
Date de survenue de la paralysie :			
Date du premier prélèvement d'échantillon de selles :			
Date du second prélèvement d'échantillon de selles :			
Date d'envoi des échantillons de selles :			
Date d'administration de la dernière dose de VPO (le cas échéant):			
Diagnostic clinique préliminaire :			
Nom(s) de l'agent auquel les résultats doivent être transmis :			
Adresse complète : _____			
N° de téléphone : _____		N° de télécopieur : _____	
Adresse électronique : _____@_____			

(A remplir par le laboratoire destinataire)

	Jour	Mois	Année
Date de réception des selles par le laboratoire :			
Nom de l'agent ayant reçu les selles au laboratoire :			
L'échantillon était-il en bon état :			

Est considéré en "bon état" un échantillon présentant un volume suffisant, sans constat de fuite, non desséché, un thermomètre indiquant la présence de glace attestant que la chaîne du froid a été maintenue.