

Recherche tuberculose latente 3.0

Prière de remplir toutes les cases en majuscules!

Nom: _____ Prénom: _____

Date de naiss.: _____ Réf. Med: _____

Pour les enfants,
nom du père / mère: _____

Etiquette

Rue: _____ Masculin

Féminin

NPA: _____ Domicile: _____

Facture envoyée automatiquement à la caisse maladie.

Autre, veuillez cocher:

- Au patient Au médecin

Date du prélèvement: _____

Heure: _____

- Urgent Confidentiel
 Téléphone Fax
 Portable E-mail
 n° / Adr.:

Dr. med
Max Muster
Bahnhofstrasse 777
3172 Niederwangen
Tel: +41 800 625 625



0000056410



MAMU

Copie:

- Patient
 Médecin / Autre (indiquer l'adresse): _____

Données cliniques / Questions:

Grossesse Semaine _____ + Jour _____
 Jour _____ Mois _____ Année _____

Certaines analyses peuvent être effectuées à l'interne dans un autre laboratoire MCL

Médicaments: _____

Données anamnestiques

Pays d'origine: _____

Traitement ou prophylaxie Tbc:

Quand, durée, quoi: _____

Infection tuberculeuse connue:

- Non
 Oui, quand: _____

Contact contagieux récent: _____

- Exposition, il y a moins de 15 jours
 Plus de 2 semaines
 >1 mois

Mantoux:

Quand, résultat: _____

Indication pour l'analyse:

- Suspicion de tuberculose extrapulmonaire
 Mantoux positif Quand: _____
 Traitement anti-TNF- α prévu
 Traitement immunosuppresseur prévu
 Autres

**Nous vous prions d'utiliser un formulaire pour chaque demande.
Pour les détails préanalytiques veuillez tenir compte du feuillet d'informations LabNews pour la préanalytique.**

H Quantiferon: Mélanger avec précaution le prélèvement de 6ml au minimum (retourner plusieurs fois le tube) pour diluer l'héparine

H T SPOT_TB: tube hépariné. Seulement lu, ma, me et je sur préavis téléphonique! Le tube doit être au laboratoire au plus tard à 12h

H Sang Li-hépariné

juste faux

