



Déclaration de résultats d'analyses de laboratoire

Mycobactéries du complexe *Mycobacterium tuberculosis*

Patient/e

Nom/prénom: _____ date de naissance: ___/___/___ sexe: f m

Rue: _____ NPA/domicile: _____ canton: _____

Pays de résidence, si pas CH: _____

Mandant (médecin, hôpital, autre laboratoire): _____

Expectorations ou autre matériel des voies respiratoires					Autre matériel, prélevé hors des voies respiratoires											
lequel?					lequel?											
_____					_____											
date du prélèvement: ___/___/___					date du prélèvement: ___/___/___											
1. Mise en évidence par	pos.	neg.	en cours	pas effectuée	pos.	neg.	en cours	pas effectuée								
a) microscopie (examen direct: bacilles alcool-acido-résistants)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>								
b) biologie moléculaire (mycobactérie du complexe <i>M. tuberculosis</i>)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>								
En cas d'examen direct positif pour des bacilles acido-résistants ou de mise en évidence de mycobactéries du complexe <i>M. tuberculosis</i> dans les expectorations ou autre matériel des voies respiratoires: veuillez s.v.p. ne remplir que cette partie encadrée et envoyer dans les 24h cette déclaration au médecin cantonal et à l'OFSP.					Utilisez s.v.p. le même formulaire pour déclarer les résultats suivants 1c, 2 et 3 au médecin cantonal et à l'OFSP.											
c) culture	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>								
2. Espèce:	<input type="checkbox"/> <i>M. tuberculosis</i>	<input type="checkbox"/> <i>M. bovis</i>	<input type="checkbox"/> <i>M. bovis</i> BCG	<input type="checkbox"/> <i>M. caprae</i>	<input type="checkbox"/> <i>M. africanum</i>	<input type="checkbox"/> mycobactérie du complexe <i>M. tuberculosis</i>										
3. Résultat de l'antibiogramme	Antituberculeux				concentration (mg/L)				sensible		résistant		intermédiaire		mutations (seules celles conférant des résistances)	
Isoniazide		0.1		<input type="checkbox"/>		<input type="checkbox"/>		<input type="checkbox"/>		katG:		<input type="checkbox"/> oui <input type="checkbox"/> type sauvage		<input type="checkbox"/> pas fait		
		0.4		<input type="checkbox"/>		<input type="checkbox"/>		<input type="checkbox"/>								
		1.0		<input type="checkbox"/>		<input type="checkbox"/>		<input type="checkbox"/>								
		3.0		<input type="checkbox"/>		<input type="checkbox"/>		<input type="checkbox"/>								
		10.0		<input type="checkbox"/>		<input type="checkbox"/>		<input type="checkbox"/>								
			<input type="checkbox"/>		<input type="checkbox"/>		<input type="checkbox"/>								
Rifampicine		1.0		<input type="checkbox"/>		<input type="checkbox"/>		<input type="checkbox"/>								
Veuillez envoyer s.v.p. les isolats résistants à la rifampicine au Centre national des mycobactéries:		4.0		<input type="checkbox"/>		<input type="checkbox"/>		<input type="checkbox"/>								
Institut für Medizinische Mikrobiologie, Gloriastrasse 30/32, 8006 Zürich		20.0		<input type="checkbox"/>		<input type="checkbox"/>		<input type="checkbox"/>								
			<input type="checkbox"/>		<input type="checkbox"/>		<input type="checkbox"/>								
Ethambutol		5.0		<input type="checkbox"/>		<input type="checkbox"/>		<input type="checkbox"/>								
		7.5		<input type="checkbox"/>		<input type="checkbox"/>		<input type="checkbox"/>								
		12.5		<input type="checkbox"/>		<input type="checkbox"/>		<input type="checkbox"/>								
		50.0		<input type="checkbox"/>		<input type="checkbox"/>		<input type="checkbox"/>								
			<input type="checkbox"/>		<input type="checkbox"/>		<input type="checkbox"/>								
Pyrazinamide		100.0		<input type="checkbox"/>		<input type="checkbox"/>		<input type="checkbox"/>								
				<input type="checkbox"/>		<input type="checkbox"/>		<input type="checkbox"/>								

Laboratoire déclarant
nom, adresse, tél., fax (timbre): _____

Remarques

Date: ___/___/___ signature: _____