Formulaire de demande de microscopie et tests Xpert

|  |  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| **DEMANDE** *(à remplir par le clinicien)* | | | | | | | |
| **Demandeur** | | | | | | | |
| Établissement | | Adresse | | | | Date de la demandea  / / | |
| Prescripteur (nom et signature) | | | Tél. | | Email | | |
| **Patient** | | | | | | | |
| Nom, prénom | | | Âge | Date de naissancea  / / | | | Sexe ☐ M ☐F |
| N° registre TBb | | Adresse | | | | Tél. | |
| **Renseignements cliniques** | | | | | | | |
| Antécédent traitement TB : ☐ Nouveau cas ☐ Précédemment traité ☐ Inconnu Si précédemment traité : ☐ Pour TB-DS ☐ Pour TB-DR  Résultat traitement antérieur : ☐ Échec ☐ Rechute ☐ Perdu de vue ☐ Inconnu | | | | | | | |
| **Échantillon** | | | | | | | |
| Type d’échantillon ☐ Crachat ☐ Autre *(préciser)*c : | | | | | | | |
| Date du recueila : / / | | | Heure du recueil : | | | | |
| **Test demandé** | | | | | | | |
| **Microscopie** | | | | | | | |
| * Diagnostic N° de l’échantillond : | | | * Suivi Moise : | | | | |
| * **Xpert MTB/RIF (ou Ultra)** ☐ **Xpert MTB/XDR** | | | | | | | |
| * Diagnostic N° de l’échantillond : | | | * Autre *(préciser)*f : | | | | |
| **RÉSULTATS** *(à remplir par le laboratoire)* | | | | | | | |
| **Microscopie** | | | | | | | |
| N° registre lab. ☐ Ziehl-Neelsen ☐ Fluorescence  Aspect visuelg ☐ Pas de BAAR ☐ Rares BAAR ☐ 1+ ☐ 2+ ☐ 3+ Nombre exact : | | | | | | | |
| Nom du laboratoire : Date de l’examena : / / Examinateur (nom et signature) : | | | | | | | |
| **Xpert MTB/RIF** | | | | | | | |
| N° registre lab. | MTB ☐ Détecté ☐ Non détecté ☐ Trace ☐ Non concluanth Résistance RIF ☐ Détecté ☐ Non détecté ☐ Indéterminé | | | | | | |
| **Xpert MTB/XDR** | | | | | | | |
| N° registre lab. | MTB ☐ Détecté ☐ Non détecté ☐ Non concluanth Faible résistance H ☐ Détecté ☐ Non détecté ☐ Indéterminé Résistance H ☐ Détecté ☐ Non détecté ☐ Indéterminé Faible résistance FQ ☐ Détecté ☐ Non détecté ☐ Indéterminé Résistance FQ ☐ Détecté ☐ Non détecté ☐ Indéterminé Résistance Amk ☐ Détecté ☐ Non détecté ☐ Indéterminé Résistance Eto ☐ Détecté ☐ Non détecté ☐ Indéterminé | | | | | | |
| Nom du laboratoire : Date de l’examena : / / Examinateur (nom et signature) : | | | | | | | |

1

1. jj/mm/aaaa
2. Uniquement pour les patients enregistrés (c.-à-d. diagnostiqués et sous traitement).
3. Liquide céphalorachidien (LCR), aspiration gastrique (AG), selles (S), suc ganglionnaire (FNA), aspiration nasopharyngé (AN), etc.
4. 1 si premier échantillon, 2 si deuxième échantillon, etc.
5. 1 pour le premier mois de traitement, 2 pour le deuxième mois de traitement, etc.
6. Suspicion de nouvelle résistance, etc.
7. Muco-purulent (M), sanglant (Sg), salive (Sa).
8. Les résultats non concluants comprennent : pas de résultat, résultat invalide et erreur.

2