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-DRRésultat 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 ☐ FluorescenceAspect 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