

## Formulaire de demande de microscopie et tests Xpert

DEMANDE (à remplir par le clinicien)				
<b>Demandeur</b>				
Établissement	Adresse		Date de la demande <sup>a</sup> / /	
Prescripteur (nom et signature)		Tél.	Email	
<b>Patient</b>				
Nom, prénom		Âge	Date de naissance <sup>a</sup> / /	Sexe <input type="checkbox"/> M <input type="checkbox"/> F
N° registre TB <sup>b</sup>	Adresse		Tél.	
<b>Renseignements cliniques</b>				
Antécédent traitement TB :	<input type="checkbox"/> Nouveau cas	<input type="checkbox"/> Précédemment traité	<input type="checkbox"/> Inconnu	
Si précédemment traité :	<input type="checkbox"/> Pour TB-DS	<input type="checkbox"/> Pour TB-DR		
Résultat traitement antérieur :	<input type="checkbox"/> Échec	<input type="checkbox"/> Rechute	<input type="checkbox"/> Perdu de vue	<input type="checkbox"/> Inconnu
<b>Échantillon</b>				
Type d'échantillon	<input type="checkbox"/> Crachat	<input type="checkbox"/> Autre (préciser) <sup>c</sup> :		
Date du recueil <sup>a</sup> :	/ /	Heure du recueil :		
<b>Test demandé</b>				
<b>Microscopie</b>				
<input type="checkbox"/> Diagnostic	N° de l'échantillon <sup>d</sup> :	<input type="checkbox"/> Suivi	Mois <sup>e</sup> :	
<input type="checkbox"/> Xpert MTB/RIF (ou Ultra)		<input type="checkbox"/> Xpert MTB/XDR		
<input type="checkbox"/> Diagnostic	N° de l'échantillon <sup>d</sup> :	<input type="checkbox"/> Autre (préciser) <sup>f</sup> :		
<b>RÉSULTATS (à remplir par le laboratoire)</b>				
<b>Microscopie</b>				
N° registre lab.	<input type="checkbox"/> Ziehl-Neelsen	<input type="checkbox"/> Fluorescence		
Aspect visuel <sup>g</sup>	<input type="checkbox"/> Pas de BAAR	<input type="checkbox"/> Rares BAAR	<input type="checkbox"/> 1+	<input type="checkbox"/> 2+ <input type="checkbox"/> 3+
		Nombre exact :		
Nom du laboratoire :		Date de l'examen <sup>a</sup> : / /		
Examineur (nom et signature) :				
<b>Xpert MTB/RIF</b>				
N° registre lab.	MTB	<input type="checkbox"/> Détecté	<input type="checkbox"/> Non détecté	<input type="checkbox"/> Trace <input type="checkbox"/> Non concluant <sup>h</sup>
	Résistance RIF	<input type="checkbox"/> Détecté	<input type="checkbox"/> Non détecté	<input type="checkbox"/> Indéterminé
<b>Xpert MTB/XDR</b>				
N° registre lab.	MTB	<input type="checkbox"/> Détecté	<input type="checkbox"/> Non détecté	<input type="checkbox"/> Non concluant <sup>h</sup>
	Faible résistance H	<input type="checkbox"/> Détecté	<input type="checkbox"/> Non détecté	<input type="checkbox"/> Indéterminé
	Résistance H	<input type="checkbox"/> Détecté	<input type="checkbox"/> Non détecté	<input type="checkbox"/> Indéterminé
	Faible résistance FQ	<input type="checkbox"/> Détecté	<input type="checkbox"/> Non détecté	<input type="checkbox"/> Indéterminé
	Résistance FQ	<input type="checkbox"/> Détecté	<input type="checkbox"/> Non détecté	<input type="checkbox"/> Indéterminé
	Résistance Amk	<input type="checkbox"/> Détecté	<input type="checkbox"/> Non détecté	<input type="checkbox"/> Indéterminé
	Résistance Eto	<input type="checkbox"/> Détecté	<input type="checkbox"/> Non détecté	<input type="checkbox"/> Indéterminé
Nom du laboratoire :		Date de l'examen <sup>a</sup> : / /		
Examineur (nom et signature) :				

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