Formulaire de demande de culture, pDST, LPA, séquençage du génome

|  |
| --- |
| **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** |
| **Culture** |
| * Diagnostic N° de l’échantillond :
 | * Suivi Moise :
 |
| **pDST** |
| * Diagnostic N° de l’échantillond :
 | * Suivi Moise :
 |
| Médicaments ☐ 1re ligne ☐ Lfx ☐ Mfx ☐ Bdq ☐ Lzd☐ Cfz ☐ Dlm ☐ ☐ ☐ |
| **LPA** ☐ **1re ligne** ☐ **2e ligne** |
| * Diagnostic N° de l’échantillond :
 | * Autre *(préciser)*f :
 |
| **Séquençage** ☐ **Deeplex** ☐ **Autre** *(préciser)* : |
| * Diagnostic N° de l’échantillond :
 | * Autre *(préciser)*f :
 |

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.

1