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-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** | |
| **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