

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

DEMANDE (à remplir par le clinicien)					
Demandeur					
Établissement	Adresse			Date de la demande ^a / /	
Prescripteur (nom et signature)		Tél.	Email		
Patient					
Nom, prénom		Âge	Date de naissance ^a / /	Sexe	<input type="checkbox"/> M <input type="checkbox"/> F
N° registre TB ^b	Adresse			Tél.	
Renseignements cliniques					
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	
Échantillon					
Type d'échantillon	<input type="checkbox"/> Crachat	<input type="checkbox"/> Autre (préciser) ^c :			
Date du recueil ^a :	/ /	Heure du recueil :			
Test demandé					
Culture					
<input type="checkbox"/> Diagnostic	N° de l'échantillon ^d :		<input type="checkbox"/> Suivi	Mois ^e :	
pDST					
<input type="checkbox"/> Diagnostic	N° de l'échantillon ^d :		<input type="checkbox"/> Suivi	Mois ^e :	
Médicaments	<input type="checkbox"/> 1 ^{re} ligne	<input type="checkbox"/> Lfx	<input type="checkbox"/> Mfx	<input type="checkbox"/> Bdq	<input type="checkbox"/> Lzd
	<input type="checkbox"/> Cfz	<input type="checkbox"/> DIm	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
LPA <input type="checkbox"/> 1 ^{re} ligne <input type="checkbox"/> 2 ^e ligne					
<input type="checkbox"/> Diagnostic	N° de l'échantillon ^d :		<input type="checkbox"/> Autre (préciser) ^f :		
Séquençage <input type="checkbox"/> Deeplex <input type="checkbox"/> Autre (préciser) :					
<input type="checkbox"/> Diagnostic	N° de l'échantillon ^d :		<input type="checkbox"/> Autre (préciser) ^f :		

^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.