

## Annexe 27. Formulaire de demande de microscopie et Xpert MTB/RIF

### DEMANDE (à remplir par le médecin)

N° de registre TB \_\_\_\_\_ Date \_\_\_\_\_

Nom du patient \_\_\_\_\_ Age \_\_\_\_\_ Sexe M  F

Adresse \_\_\_\_\_

**Siège de la TB :** Pulmonaire  Extrapulmonaire

**Type d'échantillon :** Crachat  Autres  Préciser : \_\_\_\_\_

**Microscopie :** Diagnostic\*  Suivi\*\*  2/3mo 4/5mo 6/8mo  
(entourer une réponse)

**Xpert demandé :** Oui  Non

Numéro de l'Xpert : 1<sup>er</sup>  2<sup>e</sup>  3<sup>e</sup>

**Indication de l'Xpert MTB/RIF :**

Diagnostic TB  Dépistage RIF résistance

*Indiquer la catégorie de patient : nouveau cas (NC), échec (E), autre cas précédemment traité (CPT), frottis positif au Mois 2-3 (M2), contact (C), autre (A)*

Date du recueil d'échantillon \_\_\_\_\_

Nom de la pers. ayant prélevé l'échantillon \_\_\_\_\_

Nom du médecin demandeur \_\_\_\_\_ Signature du médecin demandeur \_\_\_\_\_

\* Nouveaux cas ou échecs

\*\* Patients sous traitement

### RESULTATS (à remplir par le technicien de laboratoire)

N° lab. du patient \_\_\_\_\_

Date	N° lab. de l'échantillon	Qualité crachat*	Résultats microscopie					Résultats Xpert**			
			Nég	Rare	1+	2+	3+	MTB		RIF resistance	
			<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	DéTECTÉE <input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	DéTECTÉE <input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
			<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Non déTECTÉE <input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Non déTECTÉE <input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
			<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Non concluant <input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Non concluant <input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
			<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	DéTECTÉE <input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	DéTECTÉE <input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
			<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Non déTECTÉE <input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Non déTECTÉE <input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
			<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Non concluant <input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Non concluant <input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

\* Indiquer : muco-purulent/sanglant/salive.

\*\* A remplir uniquement si l'échantillon est testé par Xpert.

Date \_\_\_\_\_ Nom de l'examineur \_\_\_\_\_

Signature de l'examineur \_\_\_\_\_