



Déclaration de résultats d'analyses de laboratoire Mycobactéries du complexe *Mycobacterium tuberculosis*

A renvoyer rempli dans les 24h
à l'OFSP et au médecin
cantonal.^a

Patient/e

Nom/prénom: _____ date de naissance: ____/____/____ sexe: f m

Rue: _____ NPA/domicile: _____ canton: _____

Pays de résidence, si pas CH: _____

Mandant (médecin, hôpital, autre laboratoire): _____

Expectorations ou autre matériel des voies respiratoires					Autre matériel, prélevé hors des voies respiratoires				
lequel?					lequel?				
_____					_____				
date du prélèvement: ____/____/____					date du prélèvement: ____/____/____				
1. Mise en évidence par	pos.	neg.	en cours	pas effectuée	pos.	neg.	en cours	pas effectuée	
a) microscopie (examen direct: bacilles alcool-acido-résistants)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
b) biologie moléculaire (mycobactérie du complexe <i>M. tuberculosis</i>)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
En cas d'examen direct positif pour des bacilles acido-résistants ou de mise en évidence de mycobactéries du complexe <i>M. tuberculosis</i> dans les expectorations ou autre matériel des voies respiratoires: veuillez s.v.p. ne remplir que cette partie encadrée et envoyer dans les 24h cette déclaration au médecin cantonal et à l'OFSP.					Utilisez s.v.p. le même formulaire pour déclarer les résultats suivants 1c, 2 et 3 au médecin cantonal et à l'OFSP.				
c) culture	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
2. Espèce:	<input type="checkbox"/> <i>M. tuberculosis</i>	<input type="checkbox"/> <i>M. bovis</i>	<input type="checkbox"/> <i>M. bovis</i> BCG	<input type="checkbox"/> <i>M. caprae</i>	<input type="checkbox"/> <i>M. africanum</i>	<input type="checkbox"/> mycobactérie du complexe <i>M. tuberculosis</i>			
3. Résultat de l'antibiogramme	concentration (mg/L)		sensible	résistant	intermédiaire	mutations (seules celles conférant des résistances)			
Antituberculeux									
Isoniazide	0.1		<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	katG: <input type="checkbox"/> oui <input type="checkbox"/> type sauvage <input type="checkbox"/> pas fait			
	0.4		<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>				
	1.0		<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>				
	3.0		<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>				
	10.0		<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	promoteur inhA: <input type="checkbox"/> oui <input type="checkbox"/> type sauvage <input type="checkbox"/> pas fait			
		<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>				
Rifampicine	0.5		<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	rpoB: <input type="checkbox"/> oui <input type="checkbox"/> type sauvage <input type="checkbox"/> pas fait			
Veuillez envoyer s.v.p. les isolats résistants à la rifampicine au Centre national des mycobactéries: Institut für Medizinische Mikrobiologie, Gloriastrasse 28/30, 8006 Zürich	1.0		<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>				
	4.0		<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>				
	20.0		<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>				
		<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>				
Ethambutol	5.0		<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>				
	7.5		<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>				
	12.5		<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>				
	50.0		<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>				
		<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>				
Pyrazinamide	100.0		<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>				
			<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>				

Laboratoire déclarant
nom, adresse, tél., (ou timbre): _____

Remarques

Date: ____/____/____ signature: _____