



# Déclaration de résultats d'analyses de laboratoire

## Mycobactéries du complexe *Mycobacterium tuberculosis*

### 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: ___/___/___											
<b>1. Mise en évidence par</b>	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"/>								
<b>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.</b>					<b>Utilisez s.v.p. le même formulaire pour déclarer les résultats suivants 1c, 2 et 3 au médecin cantonal et à l'OFSP.</b>											
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"/>								
<b>2. Espèce:</b>	<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>										
<b>3. Résultat de l'antibiogramme</b>	Antituberculeux				concentration (mg/L)				sensible		résistant		intermédiaire		mutations (seules celles conférant des résistances)	
Isoniazide					0.1			<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>			katG:		<input type="checkbox"/> oui <input type="checkbox"/> type sauvage	
					0.4			<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>					<input type="checkbox"/> pas fait	
					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"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>					<input type="checkbox"/> oui <input type="checkbox"/> type sauvage	
					.....			<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>					<input type="checkbox"/> pas fait	
Rifampicine					1.0			<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>					rpoB:	
					4.0			<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>					<input type="checkbox"/> oui <input type="checkbox"/> type sauvage	
					20.0			<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>					<input type="checkbox"/> pas fait	
					.....			<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"/>						
					.....			<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., fax (timbre) :

**Remarques**

Date: \_\_\_/\_\_\_/\_\_\_ signature: \_\_\_\_\_