### Résultat du screening de:

|  |  |
| --- | --- |
| Nom prénom :  |  |
| Date de naissance :  |  |
| Adresse : |  |
| NPA Lieu : |  |
| Téléphone : |  |

|  |
| --- |
| **Vaccination BCG [ ]** oui, date …………………………. [ ]  non [ ]  inconnu |
| **Précédent test tuberculinique [ ]** oui, **résultat en mm\* :**……… Date : ……………. [ ]  non [ ]  inconnu |
| **Précédent test sanguin (IGRA) [ ]** Test QuantiFERON-TB gold **[ ]** Test T.SPOT.TB **[ ]** oui, date : ………… , Résultat : [ ]  positif [ ] négatif [ ]  indéterminé [ ]  non [ ]  inconnu  |

|  |
| --- |
| **Résultats des tests\*** |
| **1.** | **Test tuberculinique (Mantoux)** | Application du testDate: ……………………. | Lecture du testDate: ……………………. | Résultat\*\*: ………….mm |
| **2.**  | **Test sanguin****(IGRA)** | [ ]  Test QuantiFERON -TB-Gold **Résultat laboratoire:**IU/ml: ............ Mitogène: ............ **Infecté:**[ ]  oui [ ]  non [ ]  indéterminé | [ ]  Test T-SPOT.TB **Résultat laboratoire:**ESAT-6: ................... CFP-10: .................... **Infecté:**[ ]  oui [ ]  non [ ]  indéterminé |
| **3.** | **Clichéthoracique** | Date: ……………… Résultat: …………………………………. |
| **\*Selon recommendation du « Manuel de tuberculose »de la Ligue pulmonaire suisse (www.tbinfo.ch).** **\*\*Veuillez indiquer le résultat du test tuberculinique en mm, positif ou négatif ne suffit pas.** |

**Traitement thérapeuthique convenu :**

* Aucun [ ]  Raisons : ……………………………………………………………………………………………
* Traitement d’une tuberculose infectieuse (ITB): oui [ ]  non [ ]

Si **oui** au moyen de?

 [ ]  **Isoniazide** pendant ….… mois **ou**

 [ ]  **Rifampicine** pendant ……. mois

Début du traitement, date: …………………

Remarques, autres mesures: …………………………………………………………………..………………………………………………………………………………………………………………………………..…………………………………………………

Date: ……………………… Timbre et signature: ……………………………………………