### 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 goldTest T.SPOT.TB  oui, date : ………… , Résultat :  positif négatif  indéterminé  non  inconnu |

|  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| **Résultats des tests\*** | | | | | |
| **1.** | **Test tuberculinique (Mantoux)** | Application du test  Date: ……………………. | Lecture du test  Date: ……………………. | | 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.** | **Cliché thoracique** | 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: ……………………………………………