### Résultat du screening de:

|  |  |
| --- | --- |
| Nom prénom |  |
| Date de naissance |  |
| Rue No, NPA Lieu | , |
| Téléphone |  |

|  |
| --- |
| **Vaccination BCG** oui, date :        non  inconnu |
| **Précédent test tuberculinique** oui, résultat\*:       mm, date :        non  inconnu |
| **Précédent test sanguin (IGRA)** Test QuantiFERON-TB Gold TestT-SPOT.TB  oui, date        non  inconnu  résultat :  positif  négatif  indéterminé |

|  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| **Résultats des tests\*** | | | | | |
| **1.** | **Test tuberculinique** | Application du test  Date: | Lecture du test  Date: | | Résultat \*\*:       mm |
| **2.** | **Test sanguin**  **(IGRA)** | Test QuantiFERON -TB-Gold  Date :  **Résultat laboratoire:**  IU/ml:       Mitogène:  **Infecté:**  oui  non  indéterminé | | TestT-SPOT.TB  Date :  **Résultats laboratoires:**  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 thérapeutique 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:

Remarques, autres mesures:

Date :       Timbre et signature :