### 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 testDate:       | Lecture du testDate:       | 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 :