Titre

Prénom Nom

Rue No

NPA Lieu

Lieu, le Date

**Résultat du traitement de l’infection tuberculeuse (ITB) de**

Nom Prénom, né/e le date de naissance, rue no, NPA Lieu

Titre,

Sur mandat du service médical cantonal, nous vous prions de nous communiquer le résultat du traitement de Nom Prénom.

Veuillez impérativement retourner le formulaire dûment rempli au moyen de l’enveloppe ci-jointe.

|  |  |
| --- | --- |
| **Résultat du traitement de l’ITB avec**  **Isoniazide**  **Rifampicine**  **Rifampicine et Isoniazide** | |
|  | Début du traitement : …………………………….  Terminé le: …………………………….  Interrompu le: ……………, raison: ………………………………………………………  Encore en cours, raison: …………………………………………………………………..  Fin du traitement prévue pour: …………………………………………………………… |

Avec nos remerciements et meilleures salutations.

Date: …………………………..

Timbre et signature:

LIGUE PULMONAIRE …

Prénom Nom

Service spécialisé de la tuberculose