Titre

Prénom nom, médecin traitant

Rue

NPA lieu

Lieu, le date

**Issue du traitement antituberculeux de:**Prénom nom, né/e le date de naissance, adresse

Titre,

Mandaté par le service médical du canton, nous vous prions de bien vouloir nous communiquer selon les critères de l’OMS, les résultats du traitement de prénom nom.

Veuillez retourner le formulaire dûment rempli au moyen de l’enveloppe annexée à l’adresse en bas de page.

Avec nos remerciements et nos meilleures salutations.

LIGUE PULMONAIRE ……………….

Prénom, nom

Service spécialisé pour la tuberculose

|  |
| --- |
| **Issue du traitement selon les critères de l’OMS** |
| **Fin du traitement le:**  **Guérison:** traitement accompli et documenté avec négativation de l’examen  bactériologique  **Traitement accompli:** traitement accompli sans documentation d’une négativation   de l’examen bactériologique  **Traitement interrompu:** interruption du traitement d’une durée de min. deux mois  **Echec du traitement:** persistance ou réapparition des cultures positives pour   *M. tuberculosis* après ≥5 mois de traitement  **Décès dû à la tuberculose:** décès dû à la tuberculose avant ou durant le traitement   de la tuberculose  **Décès dû à une autre raison:** décès dû à une autre raison que la tuberculose,   avant ou durant le traitement de la tuberculose  **Transfert:** Patient transféré vers un autre service et pour lequel on ignore   le résultat du traitement  **Autres résultats:** p. ex. prolongation du traitement d’un cas MDR |

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