



# Déclaration de résultats d'analyses de laboratoire

## Mycobactéries du complexe *Mycobacterium tuberculosis*

### Patient/e

Nom/prénom: \_\_\_\_\_ date de naissance: \_\_\_/\_\_\_/\_\_\_ sexe:  f  m

Rue: \_\_\_\_\_ NPA/domicile: \_\_\_\_\_ canton: \_\_\_\_\_

Pays de résidence, si pas CH: \_\_\_\_\_

Mandant (médecin, hôpital, autre laboratoire): \_\_\_\_\_

Expectorations ou autre matériel des voies respiratoires					Autre matériel, prélevé hors des voies respiratoires				
lequel?					lequel?				
_____					_____				
date du prélèvement: ___/___/___					date du prélèvement: ___/___/___				
<b>1. Mise en évidence par</b>	pos.	neg.	en cours	pas effectuée	pos.	neg.	en cours	pas effectuée	
a) microscopie (examen direct: bacilles alcool-acido-résistants)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
b) biologie moléculaire (mycobactérie du complexe <i>M. tuberculosis</i> )	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
<b>En cas d'examen direct positif pour des bacilles acido-résistants ou de mise en évidence de mycobactéries du complexe <i>M. tuberculosis</i> dans les expectorations ou autre matériel des voies respiratoires: veuillez s.v.p. ne remplir que cette partie encadrée et envoyer dans les 24h cette déclaration au médecin cantonal et à l'OFSP.</b>					<b>Utilisez s.v.p. le même formulaire pour déclarer les résultats suivants 1c, 2 et 3 au médecin cantonal et à l'OFSP.</b>				
c) culture	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
<b>2. Espèce:</b>	<input type="checkbox"/> <i>M. tuberculosis</i>	<input type="checkbox"/> <i>M. bovis</i>	<input type="checkbox"/> <i>M. bovis</i> BCG	<input type="checkbox"/> <i>M. caprae</i>	<input type="checkbox"/> <i>M. africanum</i>	<input type="checkbox"/> mycobactérie du complexe <i>M. tuberculosis</i>			
<b>3. Résultat de l'antibiogramme</b>	Antituberculeux		concentration (mg/L)	sensible	résistant	intermédiaire	mutations (seules celles conférant des résistances)		
Isoniazide			0.1	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	katG:		
			0.4	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/> oui <input type="checkbox"/> type sauvage		
			1.0	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/> pas fait		
			3.0	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	promoteur inhA:		
			10.0	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/> oui <input type="checkbox"/> type sauvage		
			.....	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/> pas fait		
Rifampicine			1.0	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	rpoB:		
			4.0	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/> oui <input type="checkbox"/> type sauvage		
			20.0	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/> pas fait		
			.....	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>			
			.....	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>			
Ethambutol			5.0	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>			
			7.5	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>			
			12.5	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>			
			50.0	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>			
			.....	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>			
Pyrazinamide			100.0	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>			
				<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>			

**Laboratoire déclarant**  
nom, adresse, tél., fax (timbre): \_\_\_\_\_

**Remarques**

Date: \_\_\_/\_\_\_/\_\_\_ signature: \_\_\_\_\_