

Fiche de renseignements à joindre à l'envoi des souches de mycobactéries

Données patient		
Nom:	prénom:	sexe:
Date de naissance:	Pays de naissance:	
Date d'entrée en France:	Nom du médecin traitant (MT):	
Tél et adresse du MT:		
ATCD de Mycobactériose espèce:	<input type="checkbox"/> non <input type="checkbox"/> oui	date: localisation:
Prélèvement d'origine		
Référence de votre laboratoire:		
Nature:	Date:	
Examen direct	<input type="checkbox"/> négatif <input type="checkbox"/> positif	
GeneXpert	<input type="checkbox"/> négatif <input type="checkbox"/> positif Rif S	<input type="checkbox"/> positif Rif R
Délai de positivité de la culture:		
Analyse(s) demandée(s)		
<input type="checkbox"/>	Identification	
<input type="checkbox"/>	Antibiogramme	
<input type="checkbox"/>	Détection moléculaire de la résistance à la rifampicine par GeneXpert	
Renseignements cliniques		
Immunodépression si oui, nature:	<input type="checkbox"/> non <input type="checkbox"/> oui	
traitement antibactérien actuel:		
Autres prélèvements positifs (dates, BAAR+, délai de positivité):		
Signes respiratoires et radiologiques:		

Date:

Nom:

Signature: