



INSTITUT DE MICROBIOLOGIE

- LABORATOIRE DE BACTERIOLOGIE, HYGIENE - (Pr COURCOL)

SECTEUR MYCOBACTERIE (Dr Nadine LEMAITRE)

☎ 03.20.44.54.80

FAX 03.20.44.48.95

IDENTIFICATION DE MYCOBACTERIE

COORDONNEES DU LABORATOIRE PRESCRIPTEUR

| | | |
|-----------|-----------|--|
| Demandeur | | |
| Adresse | | |
| CP | Ville | |
| Téléphone | Télécopie | |
| E mail | | |

IDENTIFICATION DU PATIENT

| | |
|--------------|---|
| Nom | |
| Nom d'épouse | |
| Prénom | |
| Né(e) le | |
| Sexe | <input type="checkbox"/> F <input type="checkbox"/> M |

SERVICE CLINIQUE

| | |
|---------------------------------|--|
| Suivi par le Docteur : | |
| Service : | |
| Hôpital / Clinique / en ville : | |
| Votre référence | |
| Service/Unité | |

EXAMENS DEMANDES

- IDENTIFICATION
- ANTIBIOGRAMME

A - CULTURE ENVOYEE

- Nature du prélèvement d'origine :
- Nombre de prélèvements à culture positive (autre que celui envoyé) :
- Date de mise en culture du prélèvement :
- Date de positivité :
- Nombre de colonies si culture en milieu solide :

B - PRELEVEMENT

Nature du prélèvement :

Date et heure de prélèvement.

C - EXAMEN MICROSCOPIQUE REALISE DANS VOTRE LABORATOIRE

- POSITIF
- +
- ++
- +++
- NEGATIF

D - RENSEIGNEMENTS CLINIQUES

- SIGNES CLINIQUES : Fièvre Douleurs Toux Hémoptysie
Autres :
- SIGNES RADIOLOGIQUES : Nodules Cavités Infiltrat
- IMMUNODEPRESSION : Locale Générale
 VIH Nombre de T4 : / mm³ Autres :
- ANTECEDENTS DE TUBERCULOSE OU DE MYCOBACTERIOSE : OUI NON
SI OUI, PRECISER :
Espèce responsable :
Date : Localisation :