

## Suspicion d'infection à mycobactéries

### Laboratoire ou Service expéditeur

Nom du laboratoire / Service :.....  
Médecin prescripteur :.....  
Tél. :.....

### Médecin traitant

Nom :.....  
Tél. :.....  
Courriel :.....

### Renseignements patient

Nom :..... Prénom :..... Sexe :  F  H  
Date de naissance :..... Pays de naissance :..... Nationalité :.....  
Vit en France (DOM-TOM et collectivités inclus) :.....

### Description de la maladie actuelle

Localisation :  Poumons  Autre (Préciser :.....)  
Signes radiographiques :  Non  Oui :  d'apparition récente  avec modifications récentes  
Traitement en cours ?  Non  Oui (Date de début :.....)




### Pathologie sous-jacente favorisante

Existence d'une pathologie sous-jacente favorisante  Non  Oui  
Si oui  
 locale (Préciser :.....)  
 générale :  HIV (nombre de T4 :...../mm<sup>3</sup>)  Autre (Préciser:.....)

### Antécédent de tuberculose ou de mycobactériose

Antécédent de tuberculose ou de mycobactériose ?  Non  Oui (Si oui, préciser :  
Date de l'infection :.....  
Localisation :.....  
Traitement :

**Institut Pasteur de la Guadeloupe** – Morne Jolivière – 97139 ABYMES (Horaires : 8h-17h du Lu - Ve)  
Tél. & courriel :  
**Standard**: 0590.89.69.40. Fax : 0590.89.69.41 [accueilbm@pasteur-guadeloupe.fr](mailto:accueilbm@pasteur-guadeloupe.fr)  
**Biologistes** : S. Guyomard: 0590.89.76.57. A. Talarmin : 0590. 89.76.60. [biologistes@pasteur-guadeloupe.fr/](mailto:biologistes@pasteur-guadeloupe.fr)

<b>Rédigé par :</b> Nom : Stéphanie GUYOMARD Fonction : B Visa : 	<b>Vérfié par :</b> Nom : Antoine TALARMIN Fonction : B Visa : 	<b>Approuvé par :</b> Nom : Stéphanie GUYOMARD Fonction : B Visa : 
---	---	---

Copie autorisée