

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 :/mm³) 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
Biologistes : S. Guyomard: 0590.89.76.57. A. Talarmin : 0590. 89.76.60. [biologistes@pasteur-guadeloupe.fr/](mailto:biologistes@pasteur-guadeloupe.fr)

Rédigé par : Nom : Stéphanie GUYOMARD Fonction : B Visa : 	Vérifié par : Nom : Antoine TALARMIN Fonction : B Visa : 	Approuvé par : Nom : Stéphanie GUYOMARD Fonction : B Visa : 
---	--	---

Copie autorisée