



ÉPREUVES DE SENSIBILITÉ DES ISOLATS DE *MYCOBACTERIUM TUBERCULOSIS* À LA BÉDAQUILINE, À LA CLOFAZIMINE ET À LA LÉVOFLOXACINE

Centre national de référence en mycobactériologie

Laboratoire national de microbiologie
1015 rue Arlington, Winnipeg, MB R3E 3R2
Téléphone : (204) 789-6038 Télécopieur : (204) 789-2036

INFORMATION SUR L'EXPÉDITEUR

EXPÉDITEUR OU PERSONNE-RESSOURCE :

NOM DU LABORATOIRE :

ADRESSE :

VILLE :

PROVINCE :

CODE POSTAL :

TÉLÉPHONE :

TÉLÉCOPIEUR :

INFORMATION SUR L'ÉCHANTILLON

RÉF. DE L'ÉCHANTILLON :

DATE DE LA DEMANDE (AAAA-MM-JJ) :

ÉCHANTILLON PRÉCÉDEMMENT SOUMIS OUI NON
SI OUI, NO D'ÉCHANTILLON DU CNRM :

DATE DE NAISSANCE (ANNÉE SEULEMENT) :

SEX M F

ANTÉCÉDENTS CLINIQUES :

ANTÉCÉDENTS DE TRAITEMENT ANTITUBERCULEUX :

OUI NON SI OUI, ANNÉE : _____

ANTÉCÉDENTS DE VOYAGE :

ORIGINE DE L'ÉCHANTILLON :

CARACTÉRISTIQUES CONNUES DE L'ISOLAT

DATE DU REPIQUAGE (AAAA-MM-JJ) :

MICROSCOPIE/RÉSULTATS DU FROTTIS DE BACILLES ACIDO-RÉSISTANTS :

Médias soumis :

GeneXpert : RIF S RIF R

Identification (s'il y a lieu) :

RÉSULTAT DE L'IDENTIFICATION :

MÉTHODE UTILISÉE :

Le Laboratoire national de microbiologie (LNM) de l'Agence de la santé publique du Canada (ASPC) offre gratuitement des services de référence et de diagnostic. Le client et le LNM sont d'accord pour que cette réquisition serve d'entente pour que le LNM fournisse les analyses, tel que décrit dans le Guide des services, pour les tests demandés ci-dessus.

ANTIMICROBIENS VISÉS PAR LA DEMANDE*

VÉRIFIER LE TEST APPLICABLE :

- BÉDAQUILINE
 CLOFAZIMINE
 LÉVOFLOXACINE

**Ces antimicrobiens sont considérés
comme non standards et nécessitent
une justification adéquate pour que
nous puissions réaliser l'analyse.**

JUSTIFICATION ET COMMENTAIRES

TESTS SUPPLÉMENTAIRES DEMANDÉS*

- SÉQUENÇAGE DU GÉNOME ENTIER

RÉSULTATS DES ÉPREUVES DE SENSIBILITÉ DU DEMANDEUR*

ANTIBIOGRAMMES RÉALISÉS AUPARAVANT : OUI NON

SI OUI, MÉTHODE UTILISÉE : MGIT AUTRE

VEUILLEZ PRÉCISER _____

	ANTIMICROBIENS DE 1 ^{ère} LIGNE		ANTIMICROBIENS DE 2 ^e LIGNE	
	SENSIBLE	RÉSISTANT	SENSIBLE	RÉSISTANT
ISONIAZIDE	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	AMIKACINE	<input type="radio"/>
RIFAMPICINE	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	CAPRÉOMYCINE	<input type="radio"/>
ÉTHAMBUTOL	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	ÉTHIONAMIDE	<input type="radio"/>
PYRAZINAMIDE	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	KANAMYCINE	<input type="radio"/>
			LINÉZOLIDE	<input type="radio"/>
			MOXIFLOXACINE	<input type="radio"/>
			OFLOXACINE	<input type="radio"/>
			PAS	<input type="radio"/>
			RIFABUTINE	<input type="radio"/>
			STREPTOMYCINE	<input type="radio"/>

SIGNATURE DU SUPERVISEUR :

**Veillez prendre note que les formulaires incomplets
seront retournés au demandeur.**

**Si d'autres analyses sont nécessaires, veuillez
indiquer lesquelles dans le formulaire standard de
demande d'analyse destinée au CNRM.**

***Indique les informations requises**