Demande d'examens Test IGRA *(QUANT)*

Prescripteur : Dr .....

Service : .....

Nom du Préleveur :

Date du prélèvement :
Heure du Prélèvement :

Coller l'étiquette du patient ici
N° de séjour: .....

Nom usuel : .....

Prénom: .....

Nom de naissance : .....

Sexe: .....

Date de naissance: .....

Conformément à la NF 15189 (Chap.7.2), la conformité des prescriptions et des échantillons est exigible pour tout enregistrement au laboratoire : Cf . **Protocole des 4J**

Contexte de prescription, renseignements cliniques :

□ Patients VIH

□ Avant la mise en route sous traitement anti-TNF

□ Enfants migrants (-15ans)

□ Suspicion de tuberculose paucibacillaire

□ A l'embauche

□ Suivi médical

□ Enquête autour d'un cas o (CLAT)

o (Médecine Santé au Travail)

□ Dépistage personnel exposé (Médecine Santé au Travail)