FICHE DE DEMANDE D'UN TEST DE DEPISTAGE DE L'INFECTION TUBERCULEUSE

QUANTIFERON® OU TSPOT TB®

Laboratoire Cerba
Service de la Relation Client
Tél. : +33 (0)1 34 40 20 20
Fax : +33 (0)1 34 40 21 29
Email : src@lab-cerba.com

INDICATION NABM

- ☐ Enfant migrant de moins de 15 ans
- ☐ Patient infecté par le VIH
- ☐ Avant la mise en route d'un traitement par anti- TNFα
- ☐ Aide au diagnostic de tuberculose maladie chez l'enfant ou de tuberculose extra pulmonaire
- ☐ Enquête autour d'un cas

INDICATION HN

- ☐ Médecine du travail : personnel professionnellement exposé à l'embauche
- ☐ Autre indication

PRESCRIPTEUR

NOM …… PRÉNOM ……

Adresse …… CP …… Ville ……

Tél. |_|_| |_|_| |_|_| |_|_| |_|_|

Fax |_|_| |_|_| |_|_| |_|_| |_|_|

Adresse e-mail : …….....

Signature :