



## Déclaration des maladies infectieuses Tuberculose

**Avis important :** Le formulaire dûment rempli, daté et signé est à envoyer à la Division de l'Inspection Sanitaire à l'adresse figurant dans l'en-tête.



La présente page interactive nécessite au minimum la version 8.1.3 d'Adobe Acrobat® Reader®. La dernière version d'Adobe Acrobat Reader pour tous systèmes (Windows®, Mac, etc.) est téléchargeable gratuitement sur le site de [Adobe Systems Incorporated](http://adobe.com).

### 1. Médecin

Les champs marqués d'un \* sont obligatoires

#### Signalétique du médecin

Code médecin\* :

Nom\* :

Prénom\* :

Spécialité\* :

#### Adresse professionnelle

Numéro\* :

Rue\* :

Code postal\* :

Localité\* :

Pays\* :

#### Contact du médecin

Téléphone :

Adresse e-mail :

#### Signature du médecin

Fait à\* :

Le\* :

(signature)



## 2. Patient

Les champs marqués d'un \* sont obligatoires

### Signalétique du patient

Numéro d'identification national :

(Matricule)

ou pas de numéro d'identification national

Nom actuel\* :

Prénom\* :

Date de naissance :

Âge :

ans

Sexe :

Homme

Femme

Autre

Profession :

### Adresse du patient

Numéro\* :

Rue\* :

Code postal\* :

Localité\* :

Pays\* :

### Contact du patient

Téléphone :

Adresse e-mail :

Patient mineur ou inapte ?

Oui

Non

### Contact tuteur/tutrice

Nom :

Lien de parenté :

Téléphone :

Adresse e-mail :



### 3. Informations sur la maladie

Les champs marqués d'un \* sont obligatoires

#### Critères cliniques

Nom de la maladie\* :

#### Informations générales sur la maladie

Classification :

Probable

Possible

Confirmé

Inconnu

Date du diagnostic\* :

Traitement démarré :

Oui

Non

Non applicable

Inconnu

Hospitalisation :

Oui

à l'Hôpital/Clinique\* :

Non

du\* :

au\* :

Statut vital :

En vie

Décédé suite à la maladie

Décédé suite à une cause différente

Date du décès :

Remarques du médecin :



## 4. Informations sur la maladie (cont.)

Les champs marqués d'un \* sont obligatoires

### Critères cliniques

Nom de la maladie (rappel) :

### Informations spécifiques à la maladie

- Diagnostic :  Pulmonaire  Extrapulmonaire
- Foyer principal :  Poumon  Extrapulmonaire - site inconnu  Forme disséminée
- Système nerveux central (autre que les méninges)  Péritoine / tractus digestif  Ganglions extrathoraciques
- Ganglions intrathoraciques  Méninges  Plèvre  Vertèbres  Os / articulations (autre que les vertèbres)
- Autre :
- Foyer secondaire :  Non applicable  Extrapulmonaire - site inconnu  Forme disséminée
- Système nerveux central (autre que les méninges)  Péritoine / tractus digestif  Ganglions extrathoraciques
- Ganglions intrathoraciques  Méninges  Plèvre  Vertèbres  Os / articulations (autre que les vertèbres)
- Système urogénital  Inconnu

Date début des premiers symptômes : Jour :  Mois :  Année :

### Manifestations cliniques :

- Asymptomatique
- Signes et symptômes compatibles avec une tuberculose quel que soit le site anatomique
- Inconnu
- Autre :



## 5. Informations sur la maladie (cont.)

Les champs marqués d'un \* sont obligatoires

### Critères cliniques

Nom de la maladie (rappel) :

### Critères de diagnostic

Critère	Valeur	Date
<input type="checkbox"/> Radiographie	<input type="checkbox"/> Compatible avec une tuberculose active quel que soit le site anatomique <input type="checkbox"/> Non compatible avec une tuberculose active quel que soit le site anatomique	<input type="text"/>
<input type="checkbox"/> IGRA	<input type="checkbox"/> Positif <input type="checkbox"/> Négatif	<input type="text"/>
<input type="checkbox"/> IDR	<input type="checkbox"/> Positif <input type="checkbox"/> Négatif	<input type="text"/>
<input type="checkbox"/> BAAR	<input type="checkbox"/> Positif <input type="checkbox"/> Négatif <input type="checkbox"/> En cours	<input type="text"/>
<input type="checkbox"/> Biopsie	<input type="checkbox"/> Positif <input type="checkbox"/> Négatif <input type="checkbox"/> En cours	<input type="text"/>
<input type="checkbox"/> Culture	<input type="checkbox"/> Positif <input type="checkbox"/> Négatif <input type="checkbox"/> En cours	<input type="text"/>

### Antécédents et autres maladies

Statut VIH :     Positif     Négatif     Inconnu

Une TB a-t-elle été diagnostiquée antérieurement :

Oui  
 Non  
 Inconnu

Année :

Traitement anti-TB antérieur :  
(au moins un mois de traitement)

Oui     Non

Compliance au traitement :

Non-compliance  
 Traitement complété  
 Traitement échoué  
 Traitement non complété  
 Inconnu  
 Non applicable