



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://www.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 : 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