

Florence SARTHOU

Directrice de la Prévention
et de l'Action Sociale

Réf. : DPAS/SPAS/2015/LS
Affaire suivie par : Laura Sulli
Tél. : 01 43 93 85 02

Conseil de l'Ordre des médecins
Docteur MARLAND Xavier
2 rue Adèle
93250 VILLEMOMBLE

Bobigny, le 22 DEC. 2015

Madame, Monsieur,

Pour rappel, le Conseil départemental de la Seine-Saint-Denis exerce depuis 2006, par compétence déléguée de l'Etat, des missions de prévention et de dépistage des maladies infectieuses dont entre autre la lutte anti tuberculeuse (CLAT 93). Une nouvelle organisation a été mise en place pour garantir la mise en œuvre efficiente de ses missions.

Depuis juillet 2015, l'organisation du CLAT 93 a mis en place une **centralisation de l'alerte tuberculose**.

Les signalements de tuberculose sont désormais centralisés au sein d'une cellule unique départementale, chargée de réaliser la pré-enquête auprès des établissements sanitaires et professionnels déclarants et de communiquer les informations recueillies aux centres de dépistage et de prévention santé (CDPS). Les CDPS réalisent dans un second temps l'identification et le suivi des sujets contacts.

Pour tout signalement de tuberculose, je vous remercie d'utiliser désormais la **fiche de signalement immédiat** jointe à ce courrier.

Les informations recueillies sont indispensables au démarrage de l'enquête. Tout recueil de donnée incomplet nécessitera un entretien téléphonique complémentaire. Je vous rappelle que tout signalement doit obligatoirement être suivi ou accompagné dans le même temps d'une notification en cas de confirmation bactériologique ou de décision de traitement. Un exemplaire de la déclaration obligatoire est jointe à ce courrier.

La fiche de signalement et la DO scannées sont à adresser par mail à l'adresse clat93@cg93.fr.

Une version PDF modifiable de cette fiche sera communiquée par mail sur demande.

Il est également possible d'utiliser cette adresse mail pour toutes transmissions de documents complémentaires (CRH, résultats bactériologiques ...).

En cas de dysfonctionnement, vous pouvez continuer à nous adresser les DO et fiches de signalement par fax au 01.43.93.40.06.

Je vous prie de croire, Madame, Monsieur à l'assurance de mes salutations distinguées.

Florence Sarthou
Directrice de la Prévention
et de l'Action Sociale



ORDRE DES MEDECIN
29 DEC 2015
SEINE SAINT DENIS

Date du signalement : []

à faxer au CLAT 93 : 01 43 93 40 06

ou mail : clat93@93.fr

DECLARANT

Tampon du déclarant

[]

NOM []
Ligne directe []
Fax []
mail []

! Pensez à faire la notification - en cas d'informations manquantes nous vous contacterons

PATIENT (CI)

NOM : []
Prénom : []
Date de naissance : [] Responsables légaux si mineur : []
Sexe : F M
Adresse : []
Code Postal : [] Ville []
Téléphone : []
Pays de naissance : []
Date d'arrivée en France : [] Langue parlée : Français Autre : []
Conditions de vie :
 Logement individuel Foyer n° chambre : [] Hébergé SDF Autre : []
Couverture santé OUI NON
Médecin traitant (nom+ tel) : []

CONTEXTE DU DIAGNOSTIC

Toux OUI NON date début : []
 Amaigrissement Altération de l'état général Sueurs nocturnes Fièvre Crachats Hémoptysie
Le CI est-il toujours hospitalisé ? OUI NON Depuis quand ? []
 Tuberculose ITL moins de 15 ans
↓
LOCALISATION
 Pulmonaire Ganglionnaire intra thoracique Pleurale Miliaire
 Ganglionnaire extra thoracique Autre : []
DATE de début de traitement : []

BACTERIOLOGIE

Prélèvement respiratoire

Expectoration Tubage gastrique Aspiration bronchique-LBA Biopsie pulmonaire
Direct : positif négatif Nombre de BAAR/champs : []
Culture : positif négatif en cours

Prélèvement Extra respiratoire :

Direct : positif négatif
Culture : positif négatif en cours

IMAGERIE


RX Scanner Caverne Images : []

ENQUETE

Le CI fréquente t-il des milieux collectifs (école, travail, activités...) ? OUI NON
Lesquels : []

République française

Médecin ou biologiste déclarant (tampon)	Si notification par un biologiste
Nom :	Nom du clinicien :
Hôpital/service :	Hôpital/service :
Adresse :	Adresse :
Téléphone :	Téléphone :
Télécopie :	Télécopie :
Signature :	

Maladie à déclaration obligatoire	
Tuberculose	N° 13351*02

Important : Cette maladie justifie une intervention urgente locale, nationale ou internationale. **Vous devez la signaler par tout moyen approprié (téléphone, télécopie...)** au médecin de l'ARS avant même l'envoi de cette fiche.

Critères de notification : cochez une des cases

Tuberculose maladie

Cas confirmé : maladie due à une mycobactérie du complexe tuberculosis prouvée par la culture.

Cas probable : (1) signes cliniques et/ou radiologiques compatibles avec une tuberculose, et (2) décision de traiter le patient avec un traitement antituberculeux standard.

Infection tuberculeuse (primo-infection) chez un enfant de moins de 15 ans :

IDR à 5U positive sans signes cliniques ni paracliniques (induration >15 mm si BCG ou >10 mm sans BCG ou augmentation de 10 mm par rapport à une IDR datant de moins de 2 ans).

Initiale du nom : Prénom :

Sexe : M F Date de naissance :

Date de la notification :

Code postal du domicile du patient :

Nationalité : Pays de naissance :

Si né(e) à l'étranger, année d'arrivée en France :

Enfant de moins de 15 ans :

Pays de naissance des parents : père : mère :

Antécédents familiaux (parents, fratrie) de tuberculose maladie oui non ne sait pas

Profession à caractère sanitaire ou social : oui non ne sait pas

Si oui, préciser : établissement de santé en contact avec des enfants <15 ans autre

Résidence en collectivité : oui non ne sait pas

Si oui, préciser : établissement d'hébergement pour personnes âgées établissement pénitentiaire
 centre d'hébergement collectif (foyer social, de travailleurs...) autre, préciser :

Sans domicile fixe : oui non ne sait pas

Contexte du diagnostic : recours spontané au système de soins enquête autour d'un cas dépistage

autre, préciser :

Date de mise en route du traitement :

Si refus de traitement, date du diagnostic :

Si diagnostic post-mortem, date du décès :

Décès directement lié à la tuberculose Décès non directement lié à la tuberculose Lien entre décès et tuberculose inconnu

Antécédents :

Vaccination BCG chez les enfants <15 ans : oui non ne sait pas

Date de la vaccination (si plusieurs vaccinations, date de la 1^{re}) :

Si statut vaccinal douteux : présence d'une cicatrice vaccinale : oui non ne sait pas

Antécédents de tuberculose maladie traitée par antituberculeux : oui non ne sait pas Si oui, année du dernier traitement :

A compléter uniquement pour la tuberculose maladie :

Localisation(s) de la tuberculose (si plusieurs localisations, cocher toutes les cases correspondantes) :

pulmonaire neuroméningée génito-urinaire
 pleurale ganglionnaire extrathoracique miliaire (micronodules radiographiques diffus, dissémination hématogène)
 ganglionnaire intrathoracique ostéo-articulaire autre, préciser :

Traitement immunosuppresseur : oui non

Si oui, lequel (corticoïdes, anti-TNF...) :

Bactériologie :

Prélèvements respiratoires : (expectoration, tubage gastrique, lavage broncho-alvéolaire, aspiration bronchique)

Examen microscopique (BAAR) : positif négatif inconnu non fait
 Culture : positive négative en cours non faite

Prélèvements d'autres origines :

Examen microscopique (BAAR) : positif négatif inconnu non fait
 Culture : positive négative en cours non faite

Antibiogramme en début de traitement :

Résistance à l'Isoniazide : oui non inconnu Résistance à la Rifampicine : oui non inconnu


Fiche de déclaration des issues de traitement antituberculeux (Tuberculose maladie uniquement)

Ce questionnaire est à compléter dans les 12 mois qui suivent le début du traitement ou le diagnostic,

pour tous les cas déclarés de tuberculose.

Médecin ou biologiste déclarant (tampon) Nom : Hôpital/service : Adresse : Téléphone : Télécopie :	Médecin ou biologiste déclarant l'issue du traitement (tampon) Nom : Hôpital/service : Adresse : Téléphone : Télécopie : Signature :
--	--

Maladie à déclaration obligatoire


 N° 13351*02

Tuberculose

La tuberculose est une maladie à déclaration obligatoire.

Critères de notification de la tuberculose maladie :

Cas confirmé : maladie due à une mycobactérie du complexe tuberculosis prouvée par la culture.

Cas probable : (1) signes cliniques et/ou radiologiques compatibles avec une tuberculose, et (2) décision de traiter le patient avec un traitement antituberculeux standard.

Initiale du nom : Prénom :

Sexe : M F Date de naissance :

Date de la notification :

Code postal du domicile du patient :

Date de mise en route du traitement :

Si refus de traitement, date du diagnostic :

Si vous n'aviez pas renseigné le résultat de la culture lors de la déclaration initiale, merci de le faire ci-dessous :

Culture en début de traitement : positive négative non faite

<input type="checkbox"/> Traitement achevé dans les 12 mois suivant le début du traitement Date de fin de traitement : <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/>	Traitement achevé : le patient est considéré comme guéri par le médecin et a pris au moins 80 % de la dose totale prescrite du traitement
Si culture positive en début de traitement, négativation de la culture en cours de traitement : <input type="checkbox"/> oui <input type="checkbox"/> non <input type="checkbox"/> ne sait pas	

Traitement non achevé dans les 12 mois suivant le début du traitement car (cocher la case correspondante 2, 3, ou 4) :

2 Le patient est décédé pendant le traitement :

- décès directement lié à la tuberculose
- décès non directement lié à la tuberculose
- lien inconnu entre décès et tuberculose

3 Le traitement a été arrêté et non repris car :

- diagnostic de tuberculose non retenu
- autre raison, préciser :

4 Le patient est toujours en traitement à 12 mois car :

- traitement initialement prévu pour une durée supérieure à 12 mois
- traitement interrompu plus de deux mois
- traitement modifié car (cocher la ou les case(s) correspondante(s)) :

 - résistance initiale ou acquise au cours du traitement
 - effets secondaires ou intolérance au traitement
 - échec du traitement initial (réponse clinique insuffisante ou non-négativation des examens bactériologiques)

L'issue du traitement n'est pas connue car (cocher la case correspondante : 5, 6, ou 7) :

5 Le patient a été transféré (autre médecin, autre établissement ou structure de soins, ou autre pays)

Dans ce cas, indiquer les coordonnées :

- de la structure, éventuellement du pays, du transfert :

- du médecin :

6 Le patient a été perdu de vue pendant le traitement (et l'est toujours 12 mois après le début du traitement)

7 Sans information