

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



Important : Cette maladie justifie une intervention urgente locale, nationale ou internationale. **Vous devez la signaler par tout moyen approprié (téléphone, télécopie,...)** au médecin inspecteur de la Ddass 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 para cliniques (induration > 15mm si BCG ou > 10mm sans BCG ou augmentation de 10mm par rapport à une IDR datant de moins de 2 ans)

Initiale du nom : Prénom :

Sexe : M F Date de naissance / /
jour mois année

Date de la notification : / /
jour mois année

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 de caractère sanitaire ou social : oui non ne sait pas

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

Résidence en collectivité : oui non ne sait pas

Si oui, laquelle : établissement d'hébergement pour personnes âgées établissement pénitentiaire
 centre d'hébergement collectif (foyer social, de travailleur...)
 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, précisez :

Date de mise en route du traitement : / /
jour mois année

Si diagnostic post-mortem, date du décès : / /
jour mois année

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

Si refus de traitement, date du diagnostic : / /
jour mois année

Antécédents

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

Date de la vaccination (si plusieurs vaccinations, date de la 1^{ère}) : / /
jour mois année

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 :

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

- | | | |
|---|---|---|
| <input type="checkbox"/> pulmonaire | <input type="checkbox"/> neuro-méningée | <input type="checkbox"/> génito-urinaire |
| <input type="checkbox"/> pleurale | <input type="checkbox"/> ganglionnaire extra thoracique | <input type="checkbox"/> miliaire (micronodules radiographiques diffus, dissémination hémotogène) |
| <input type="checkbox"/> ganglionnaire intra thoracique | <input type="checkbox"/> ostéo-articulaire | <input type="checkbox"/> autre, préciser : |

Traitement immunosuppresseur : oui non

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

Bactériologie

- Prélèvements respiratoires :**
 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

Une fiche sur l'issue du traitement vous sera envoyée par la DDASS et sera à remplir dans les 12 mois qui suivent le début du traitement ou le diagnostic pour tous les cas déclarés de tuberculose maladie