

N° dossier
Nom
Prénom
Date de naissance
NAM
Nom de la mère
Prénom de la mère
Nom du père
Prénom du père

TEST CUTANÉ À LA TUBERCULINE POSITIF SANS CONTACT AVEC UN CAS DE TUBERCULOSE

COORDONNÉES	
Adresse principale _____	Code postal _____
Téléphone résidence _____	Travail _____ Autre _____
Pays de naissance _____	Année d'arrivée au Canada _____
Âge _____	Sexe <input type="checkbox"/> Féminin <input type="checkbox"/> Masculin
RÉSULTAT DU TEST CUTANÉ À LA TUBERCULINE (TCT)	
Test cutané à la tuberculine actuel	Date _____ Résultat _____ mm aaaa/mm/jj
RAISON DU TCT	
<input type="checkbox"/> Dépistage dans le milieu de la santé (stagiaire, bénévole, travailleur). <input type="checkbox"/> Dépistage camps de réfugiés/itinérance/refuges <input type="checkbox"/> Stagiaire, bénévole, travailleur <input type="checkbox"/> Réfugié <input type="checkbox"/> Itinérant <input type="checkbox"/> Dépistage dans le milieu carcéral <input type="checkbox"/> Stagiaire, bénévole, travailleur <input type="checkbox"/> Détenu <input type="checkbox"/> Immunosuppression <input type="checkbox"/> Actuelle <input type="checkbox"/> Prévüe <input type="checkbox"/> Prévoyage ou <input type="checkbox"/> Postvoyage <input type="checkbox"/> Autre, préciser _____	
HISTOIRE ANTÉRIEURE D'EXPOSITION À LA TUBERCULOSE	
Contact antérieur avec un cas de tuberculose contagieuse	<input type="checkbox"/> Non <input type="checkbox"/> Oui Date _____ aaaa/mm/jj
Prise antérieure de médication contre la tuberculose	<input type="checkbox"/> Non <input type="checkbox"/> Oui Date _____ aaaa/mm/jj
<ul style="list-style-type: none"> <input type="checkbox"/> En prophylaxie <input type="checkbox"/> En traitement 	
Voyage dans les deux dernières années dans un pays à incidence élevée de tuberculose (plus de 30 cas/100 000 habitants/année)	
<ul style="list-style-type: none"> <input type="checkbox"/> Non <input type="checkbox"/> Oui Voir la liste des pays à l'adresse http://www.phac-aspc.gc.ca/tbpc-latb/itir-fra.php Préciser les pays et la durée du séjour _____ 	
Sans abri dans les 12 mois précédents	<input type="checkbox"/> Non <input type="checkbox"/> Oui
Travail dans le domaine de la santé	<input type="checkbox"/> Non <input type="checkbox"/> Oui Préciser l'année _____
Travail dans le milieu carcéral	<input type="checkbox"/> Non <input type="checkbox"/> Oui Préciser l'année _____
Incarcération	<input type="checkbox"/> Non <input type="checkbox"/> Oui Préciser l'année _____

Nom :

N° dossier :

HISTOIRE ANTÉRIEURE DE DÉPISTAGE D'INFECTION TUBERCULEUSE LATENTE

TCT antérieur Non Oui Préciser la date du dernier TCT connu _____ Résultat _____ mm
aaaa/mm/jj

Test de libération d'interféron-gamma antérieur (TLIG) Non Oui

Préciser la date du dernier TLIG connu _____ Résultat Négatif Positif Indéterminé
aaaa/mm/jj

Résultat Négatif Positif Indéterminé

HISTOIRE ANTÉRIEURE DE VACCINATION AVEC LE BCG

Vaccin BCG déjà reçu Non Oui

• Doses multiples Non Préciser l'année du vaccin BCG reçu _____

Oui Préciser l'année du dernier vaccin BCG reçu _____

SUIVI

Aucun suivi nécessaire.

Référence pour radiographie pulmonaire.

Référence pour évaluation médicale.

Date _____
aaaa/mm/jj

Signature _____
Infirmière

Légende

BCG : vaccin bilité de Calmette et Guérin