

E }••] Œ
 E } u
 W Œ v } u
 š v]•• v
 E D
 E } u o u Œ
 W Œ v } u o u Œ
 E } u μ % Œ
 W Œ v } u μ % Œ

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

COORDONNÉES	
Adresse principale _____	Code postal _____
Téléphone résidence _____	Travail _____ Autre _____
Pays de naissance _____ z v v	[Œ Œ] À μ v _____
Âge _____	Sexe... Féminin .. Masculin
RÉSULTAT DU TEST CUTANÉ À LA TUBERCULINE (TCT)	
Test cutané à la tuberculine actuel	Date _____ Résultats _____ mm aaaa/mm/jj
RAISON DU TCT	
<input type="checkbox"/> ..Dépistage dans le milieu de santé (stagiaire, bénévole, travailleur) <input type="checkbox"/> ..Dépistage camps de réfugiés/itinérance/refuges ..Stagiaire/bénévole, travailleur ..Réfugié ..Itinérant <input type="checkbox"/> ..Dépistage dans le milieu carcéral ..Stagiaire, bénévole, travailleur ..Détenu <input type="checkbox"/> ..Immunosuppression ..Actuelle ..Prévue <input type="checkbox"/> ..Prévoyage ou ..Postvoyage <input type="checkbox"/> ..Autre, préciser _____	
HISTOIRE ANTÉRIEURE DE TUBERCULOSE	
Contact antérieur avec un cas de tuberculose contagieuse	..Non ..Oui Date _____ aaaa/mm/jj
Prise antérieure de médication contre la tuberculose	..Non ..Oui Date _____ aaaa/mm/jj
<input type="checkbox"/> x ..En prophylaxie ..En traitement	
Voyage dans les deux dernières années dans un pays à incidence élevée de tuberculose (plus de 30 cas/100 000 habitants/année) <input type="checkbox"/> x ..Non ..Oui Voir la liste des pays à http://www.phac-aspc.gc.ca/tbpc-latb/itir-fra.php <input type="checkbox"/> x Préciser les pays et la durée du séjour _____	
Sans abri dans les 12 mois précédents	..Non ..Oui
Travail dans le domaine de la santé	..Non ..Oui Préciser o [v v _____
Travail dans le milieu carcéral	..Non ..Oui W Œ]• Œ o [v v _____
Incarcération	..Non ..Oui W Œ]• Œ o [v v _____

Nom :

N° dossier :

HISTOIRE ANTÉRIEURE DE TUBERCULOSE		INFECTION TUBERCULEUSE LATENTE	
TCT antérieur	..Non ..Oui	Préciser la date du dernier TCT connu _____ aaaa/mm/jj	Résultat _____ mm
Test de Mantoux -gamma antérieur (TLIG)	..Non ..Oui	Préciser la date du dernier TLIG connu _____ aaaa/mm/jj	Résultat ..Négatif ..Positif ..Indéterminé
Résultat	..Négatif ..Positif ..Indéterminé		
HISTOIRE ANTÉRIEURE DE VACCINATION AVEC LE BCG			
Vaccin BCG déjà reçu	..Non ..Oui		
x Doses multiples	..Non oui	_____	
	..Oui non	_____	
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			