

## ÉVALUATION MÉDICALE (RAPPORT FINAL)

<b>IDENTIFICATION DE LA PERSONNE RÉFÉRÉE (à remplir par le référant)</b>	Numéro de dossier CLSC :
Nom : _____	Prénom : _____
Date de naissance (aaaa/mm/jj) _____	Sexe : <input type="checkbox"/> H <input type="checkbox"/> F
Téléphone résidence : _____	Téléphone travail : _____
Téléphone cellulaire : _____	

<b>RÉSULTAT DE L'ÉVALUATION MÉDICALE (à remplir par le médecin traitant)</b>	
<b>Présence de symptômes compatibles avec une tuberculose active :</b>	
<input type="checkbox"/> Aucun symptôme OU	
<input type="checkbox"/> Toux	
<input type="checkbox"/> Perte de poids	
<input type="checkbox"/> Fièvre	
<input type="checkbox"/> Sudations nocturnes	
<input type="checkbox"/> Autres : _____	
<b>Radiographie pulmonaire :</b>	
<input type="checkbox"/> Normale	
<input type="checkbox"/> Anormale sans lien avec la tuberculose	
<input type="checkbox"/> Anormale en lien avec la tuberculose	
<input type="checkbox"/> TB non cavitaire	
<input type="checkbox"/> TB cavitaire	
<input type="checkbox"/> Tuberculose active non-suspectée	
<input type="checkbox"/> Tuberculose active suspectée :	
<input type="checkbox"/> Référence en pneumologie	
<input type="checkbox"/> Référence en infectiologie	
<b>(SUITE AU VERSO →)</b>	

→ **SVP, retourner ce rapport à l'infirmière du CSSS demandeur. Merci!**

Tuberculose latente non suspectée → raison :

\_\_\_\_\_

Tuberculose latente suspectée : \_\_\_\_\_

**Chimioprophylaxie prescrite?**

Non → Raison :

Oui → médicament prescrit : \_\_\_\_\_

→ durée : \_\_\_\_\_

→ **SVP, retourner ce rapport à l'infirmière du CSSS demandeur. Merci!**

Nom du médecin : \_\_\_\_\_

No de licence : \_\_\_\_\_

Date (aaaa-mm-jj) : \_\_\_\_\_

Signature du médecin : \_\_\_\_\_