

Date : _____

Docteur _____

Objet : Référence d'une personne contact d'un cas de tuberculose sans évaluation par un TCT

Docteur,

Nous vous référons _____ pour une évaluation médicale puisque cette personne a eu un contact avec un cas de tuberculose contagieuse.

Cette personne n'a pas subi de TCT pour la raison suivante :

- Cette personne a déjà fait une tuberculose dans le passé
- Cette personne a déjà eu un TCT positif dans le passé
- Cette personne a refusé le TCT
- La valeur du TCT n'aidera pas à la décision de traiter ou non une infection tuberculeuse latente chez cette personne, pour la raison suivante : _____
- Les risques à la santé d'un traitement d'une tuberculose latente chez cette personne sont supérieurs au risque de développer une tuberculose active.

Il est possible que cette personne développe un jour une tuberculose active. C'est pourquoi une évaluation médicale est recommandée. Cette évaluation médicale permettra de s'assurer que la personne n'est pas atteinte d'une tuberculose active actuellement, et d'autre part d'organiser un suivi médical rapproché dans les prochaines années afin de déceler rapidement l'apparition d'une tuberculose et éviter la morbidité et la transmission de la maladie à d'autres personnes.

Vous trouverez annexés à cette lettre les documents suivants qui pourront vous être utiles lors de l'évaluation de cette personne :

- le questionnaire d'enquête de la personne référée, incluant des informations sur le cas-index de tuberculose;
- le formulaire d'évaluation médicale;
- un aide-mémoire sur l'évaluation médicale recommandée, les indications de chimioprophylaxie, la posologie et le suivi.

Un outil développé par l'université McGill peut vous aider à évaluer le risque de développer une tuberculose active chez une personne ayant un TCT positif. Voici le lien du site web : www.tstin3d.com/fr/calc.html

Si vous avez des questions spécifiques sur la conduite à tenir suite à votre évaluation médicale, vous pouvez contacter l'infirmière de garde en maladies infectieuses à la Direction régionale de santé publique de la Capitale-Nationale au 418-666-7000, poste 250.

Une fois votre évaluation médicale complétée, veuillez retourner le formulaire au signataire de la demande de référence, dont les coordonnées figurent au bas de cette lettre.

Nous vous remercions de votre collaboration.

Nom et Signature du référant : _____

Établissement : _____

Adresse : _____

Téléphone : _____ Télécopieur : _____