

SECTION 2 – ÉPIDÉMIOLOGIE

2.1 Connaît-on le cas de référence? Oui ___ Non ___ Date du diagnostic, cas de référence : ___/___/___
JJ MM AAAA

Dans l'affirmative, précisez : parent au 1^{er} degré ___ parent au 2^e degré ___ Ami ___

Autre, précisez : _____

2.2 L'organisme du cas de référence était-il résistant à l'un des agents indiqués ci-dessous?

Oui ___ Non ___ Non vérifié ___ Inconnu ___

Dans l'affirmative, cochez toutes les réponses applicables : Isoniazide ___ Éthambutol ___ Rifampicine ___
Pyrazinamide ___ Streptomycine ___ Kanamycine ___ Capréomycine ___ Ofloxacine ___ Éthionamide ___
Acide para-aminosalicylique (PAS) ___ Rifabutine ___ Amikacine ___ Moxifloxacine ___ Linézolide ___

Autre, précisez : _____

2.3 Précisez le type de contact : Familial étroit ___ Non familial étroit ___ Occasionnel ___ Communautaire ___

Visite dans un pays endémique ___ Autre, précisez : _____

2.4 S'il s'est rendu dans un pays endémique, précisez lequel : _____

Date de la visite dans le pays endémique avant le diagnostic de tuberculose active : ___/___/___ à ___/___/___
JJ MM AAAA JJ MM AAAA

2.5 A vécu dans un pays endémique? Oui ___ Non ___

Dans l'affirmative, précisez le lieu et les dates : _____ ___/___/___ à ___/___/___
JJ MM AAAA JJ MM AAAA

SECTION 3 – ANTÉCÉDENTS MÉDICAUX**Oui Non Inconnu**

3.1 Vaccination BCG? _____

Dans l'affirmative, précisez : Date d'administration : ___/___/___ Pays d'administration : _____
JJ MM AAAA

3.2 Diagnostic de tuberculose latente déjà posé? _____

3.3 Traitement antérieur de la tuberculose? _____

Dans l'affirmative, le traitement visait à traiter une tuberculose : Latente ___ Active ___ Inconnu ___

3.4 Le patient a-t-il une maladie immune compromettante sous-jacente? _____

Dans l'affirmative, précisez :

VIH ___ Maladie rénale chronique, précisez : _____

Transplantation d'organe ___ précisez l'organe : _____

et la date de la transplantation : ___/___/___
JJ MM AAAA

Cancer actuellement actif? _____

Cancer traité dans les 12 mois précédents? _____

Si la réponse à l'une des deux questions précédentes est positive, précisez :

• Cancer hématologique ___ Type : _____

Cancer d'un organe solide ___ Type : _____

Médicament(s) immunosuppresseur(s)? _____

Dans l'affirmative, cochez toutes les réponses applicables :

• Chimiothérapie contre le cancer ___ Immunosuppression après la transplantation ___ Corticoïdes ___

Méthotrexate ___ Agents biologiques (inhibiteurs du TNF alpha et autres), précisez l'agent : _____

Autre, précisez : _____

SECTION 4 – ANTÉCÉDENTS CLINIQUES

JJ MM AAAA Non effectué

4.1 Diagnostic clinique confirmé : ___/___/___ _____

Diagnostic de laboratoire, première culture positive : ___/___/___ _____

Diagnostic de laboratoire, premier TAAAN positif : ___/___/___ _____

4.2 Le cas respecte la définition suivante de la tuberculose : Démontrée ___ Clinique ___ Présumée ___

Précisez : Intrathoracique ___ Extrapulmonaire ___

• Foyer(s) : Poumons ___ Plèvre ___ Autre : respiratoire ___ miliaire ___ ganglions lymphatiques ___ os ___

SNC ___ Autre ___ Information supplémentaire au sujet du foyer (c.-à-d., emplacement des ganglions, des os, etc.) :

SECTION 4 – ANTÉCÉDENTS CLINIQUES (suite)

4.3 Présentation clinique

| Présentation | Oui | Non | Inconnu | Durée avant le diagnostic initial | |
|---|-----|-----|---------|-----------------------------------|----------|
| | | | | Jours | Semaines |
| Fièvre | ___ | ___ | ___ | _____ | _____ |
| Sueurs nocturnes | ___ | ___ | ___ | _____ | _____ |
| Toux – productive | ___ | ___ | ___ | _____ | _____ |
| Toux – non productive | ___ | ___ | ___ | _____ | _____ |
| Hémoptysie | ___ | ___ | ___ | _____ | _____ |
| Perte de poids | ___ | ___ | ___ | _____ | _____ |
| Lymphadénopathie | ___ | ___ | ___ | _____ | _____ |
| Douleurs thoraciques | ___ | ___ | ___ | _____ | _____ |
| SNC (précisez) | ___ | ___ | ___ | _____ | _____ |
| Os ou articulations | ___ | ___ | ___ | _____ | _____ |
| Autre (précisez) | ___ | ___ | ___ | _____ | _____ |
| Visites chez le médecin ou d'autres avant le diagnostic | ___ | ___ | ___ | _____ | _____ |

SECTION 5 – TESTS MICROBIOLOGIQUES ET AUTRES TESTS

5.1 Test de sensibilité à la tuberculine :

| Test | Positif | Négatif | Indéterminé | Non effectué | Induration (mm) | Heures avant la lecture |
|----------|---------|---------|-------------|--------------|-----------------|-------------------------|
| TST n° 1 | | | | | | |
| TST n° 2 | | | | | | |

5.2 Test de libération de l'interféron gamma (IGRA) : Positif____ Négatif____ Non effectué____

5.3 Autres tests microbiologiques et autres tests

| Échantillon | Date de prélèvement JJ / MM / AAAA | Coloration AFB* | PCR* | AMTD* | Organisme en culture : | | |
|---------------------|---------------------------------------|--------------------|------|-------|------------------------|----------------|------------------|
| | | | | | <i>M tuberculosis</i> | <i>M bovis</i> | Autre (précisez) |
| Expectoration | ___ / ___ / ___ | ___ | ___ | ___ | ___ | ___ | _____ |
| Aspirat gastrique | ___ / ___ / ___ | ___ | ___ | ___ | ___ | ___ | _____ |
| Sang | ___ / ___ / ___ | ___ | ___ | ___ | ___ | ___ | _____ |
| LCR | ___ / ___ / ___ | ___ | ___ | ___ | ___ | ___ | _____ |
| Os | ___ / ___ / ___ | ___ | ___ | ___ | ___ | ___ | _____ |
| Articulation | ___ / ___ / ___ | ___ | ___ | ___ | ___ | ___ | _____ |
| Urine | ___ / ___ / ___ | ___ | ___ | ___ | ___ | ___ | _____ |
| Drainage d'un abcès | ___ / ___ / ___ | ___ | ___ | ___ | ___ | ___ | _____ |
| Autre, précisez : | ___ / ___ / ___ | ___ | ___ | ___ | ___ | ___ | _____ |

* AFB Bacille acidorésistant; PCR Réaction en chaîne de la polymérase; AMTD Test amplifié direct du mycobacterium tuberculosis

SECTION 6 – PHARMACORÉSISTANCE

6.1 Antibiorésistance de la première culture positive

| Médicament | Résultats : | Susceptible | Résistant | Non effectué | Inconnu |
|-------------------|-------------|-------------|-----------|--------------|---------|
| Isoniazide | | ___ | ___ | ___ | ___ |
| Éthambutol | | ___ | ___ | ___ | ___ |
| Rifampicine | | ___ | ___ | ___ | ___ |
| Pyrazinamide | | ___ | ___ | ___ | ___ |
| Streptomycine | | ___ | ___ | ___ | ___ |
| Kanamycine | | ___ | ___ | ___ | ___ |
| Capréomycine | | ___ | ___ | ___ | ___ |
| Ofloxacin | | ___ | ___ | ___ | ___ |
| Éthionamide | | ___ | ___ | ___ | ___ |
| PAS | | ___ | ___ | ___ | ___ |
| Rifabutine | | ___ | ___ | ___ | ___ |
| Amikacine | | ___ | ___ | ___ | ___ |
| Moxifloxacin | | ___ | ___ | ___ | ___ |
| Linézolide | | ___ | ___ | ___ | ___ |
| Autre, précisez : | | ___ | ___ | ___ | ___ |
| _____ | | ___ | ___ | ___ | ___ |
| Inconnu____ | | ___ | ___ | ___ | ___ |

SECTION 7 – RADIOLOGIE AU DIAGNOSTIC

- 7.1 Radiologie des poumons : Normale___ Lésions cavitaires___ Lésions non cavitaires___ Adénopathie hilare___
Effusion pleurale___
- 7.2 A-t-on pris une tomodensitométrie thoracique? Oui___ Non___ Inconnu___
Dans l'affirmative, les résultats étaient : Normaux___ Anormaux, précisez : _____
- 7.3 D'autres tests radiologiques contributifs ont-ils été effectués? Oui___ Non___ Inconnu___
Dans l'affirmative, précisez le test (p. ex., IRM de la tête) : _____
et les résultats : _____

SECTION 8 – TRAITEMENT

- 8.1 Le traitement est : Complété___ En cours___
S'il est en cours, le traitement en est au ___ mois d'une durée prévue de ___ mois

- 8.2 Le patient a-t-il été hospitalisé pour être traité? Oui___ Non___
Dans l'affirmative, précisez : Durée : ___ semaines ou ___ jours

- 8.3 Admission à l'USI? Oui___ Non___

- 8.4 Soins au patient

- 8.4.1 Phase intensive – Poids du patient : _____ kg

| Médicament | Dose (par jour) | Fréquence (Jours par semaine) | DOT* | | Durée (réelle ou prévue) | | |
|--------------------------------|-----------------|----------------------------------|------|-----|--------------------------|----------|-------|
| | | | Oui | Non | Jours | Semaines | Mois |
| Isoniazide | _____ | _____ | ___ | ___ | _____ | _____ | _____ |
| Rifampicine | _____ | _____ | ___ | ___ | _____ | _____ | _____ |
| Pyrazinamide | _____ | _____ | ___ | ___ | _____ | _____ | _____ |
| Éthambutol | _____ | _____ | ___ | ___ | _____ | _____ | _____ |
| Amikacine | _____ | _____ | ___ | ___ | _____ | _____ | _____ |
| Ciprofloxacine | _____ | _____ | ___ | ___ | _____ | _____ | _____ |
| Médicaments d'appoint : | | | | | | | |
| Dexaméthasone | _____ | _____ | ___ | ___ | _____ | _____ | _____ |
| Prednisone | _____ | _____ | ___ | ___ | _____ | _____ | _____ |
| Autre, précisez : | | | | | | | |
| _____ | _____ | _____ | ___ | ___ | _____ | _____ | _____ |

*DOT : Traitement directement observé

- 8.4.2 Phase de continuation

| Médicament | Dose (par jour) | Fréquence (Jours par semaine) | DOT* | | Durée (réelle ou prévue) | | |
|--------------------------------|-----------------|----------------------------------|------|-----|--------------------------|----------|-------|
| | | | Oui | Non | Jours | Semaines | Mois |
| Isoniazide | _____ | _____ | ___ | ___ | _____ | _____ | _____ |
| Rifampicine | _____ | _____ | ___ | ___ | _____ | _____ | _____ |
| Pyrazinamide | _____ | _____ | ___ | ___ | _____ | _____ | _____ |
| Éthambutol | _____ | _____ | ___ | ___ | _____ | _____ | _____ |
| Amikacine | _____ | _____ | ___ | ___ | _____ | _____ | _____ |
| Ciprofloxacine | _____ | _____ | ___ | ___ | _____ | _____ | _____ |
| Médicaments d'appoint : | | | | | | | |
| Dexaméthasone | _____ | _____ | ___ | ___ | _____ | _____ | _____ |
| Prednisone | _____ | _____ | ___ | ___ | _____ | _____ | _____ |
| Autre, précisez : | | | | | | | |
| _____ | _____ | _____ | ___ | ___ | _____ | _____ | _____ |

*DOT : Traitement directement observé

- 8.5 L'état du patient s'est-il détérioré après le début du traitement? Oui___ Non___

Dans l'affirmative, nombre de jours après le début du traitement : _____

Dans l'affirmative, précisez-en la raison : Syndrome de réponse inflammatoire ___ Toxicité du médicament ___

Autre, précisez : _____

- 8.6 Une réaction indésirable à un médicament a-t-elle exigé un changement de dose ou de posologie? Oui___ Non___

Dans l'affirmative, précisez :

| Médicament | Réaction indésirable | Réponse |
|------------|----------------------|---------|
| | | |
| | | |

SECTION 8 – TRAITEMENT (suite)

8.7 Le patient a-t-il été hospitalisé à cause d'une réaction indésirable à un médicament? Oui___ Non___

Dans l'affirmative, durée de l'hospitalisation : ____ jours ____ semaines ____ mois

8.8 En cas de traitement directement observé (DOT), son utilisation a-t-elle été utile pour la prise en charge?

Oui___ Non___ incertain___ **Dans l'affirmative**, précisez en quoi : _____

8.9 A-t-on utilisé des corticoïdes pour prendre la détérioration en charge? Oui___ Non___ Inconnu___

Dans l'affirmative, précisez si c'est avant ___ ou après ___ le début du traitement, et précisez également :

| Médicament | Dose initiale | Durée |
|------------|---------------|-------|
| | | |
| | | |

SECTION 9 – ISSUE DU TRAITEMENT

9.1 **Guérison** : Culture négative à la fin du traitement*? Oui Non
___ ___

9.2 Traitement terminé, mais sans culture à la fin du traitement?

a) s'associant à une amélioration clinique? ___ ___

b) s'associant à une amélioration radiologique? ___ ___

9.3. **Échec du traitement** (tuberculose active)[†]? ___ ___

(Cultures d'expectoration positives au bout d'au moins quatre mois de traitement ou deux cultures d'expectoration différentes à des mois différents au cours des trois derniers mois du traitement, même si la culture était négative et qu'aucun autre traitement n'est prévu.)

9.4 En cas de tuberculose respiratoire, délai avant le premier résultat négatif :

| | nombre de semaines | nombre de jours | non effectué | n.a. |
|--------------------------------------|--------------------|-----------------|--------------|------|
| • Frottis d'échantillon respiratoire | ___ | ___ | ___ | ___ |
| • Culture d'échantillon respiratoire | ___ | ___ | ___ | ___ |

9.5 Perte au suivi avant la prise de 80 % des doses? Oui___ Non___ n.a. ___

9.6 Traitement prolongé? Oui___ Non___

Dans l'affirmative, précisez-en la raison : _____

9.7 Le patient a-t-il déménagé dans un autre pays avant la fin du traitement? Oui___ Non___

9.8 Le patient a-t-il mis un terme au traitement en raison d'effets indésirables? Oui___ Non___

9.9 Décès avant ou pendant le traitement? Oui___ Non___

• La tuberculose était responsable du décès ___

• La tuberculose a contribué au décès, mais n'en était pas la cause sous-jacente ___

• La tuberculose n'a pas contribué au décès ___

• Si le patient est décédé, âge au décès : _____

• Autres commentaires : _____

* **Guérison** : En cas de multirésistance de la tuberculose aux médicaments (MRM-TB) (résistance au moins à l'isoniazide et à la rifampicine) où l'on obtient des cultures sérielles du patient, la guérison désigne des résultats négatifs répétés des cultures (au moins cinq résultats) pendant les 12 derniers mois du traitement. Si une seule culture était positive, sans manifestation clinique de détérioration, un patient peut être considéré comme guéri si le résultat positif est suivi d'au moins trois cultures négatives consécutives, prises à au moins 30 jours d'intervalle.

† **Échec du traitement** : En cas de MRM-TB (résistance au moins à l'isoniazide et à la rifampicine), le traitement est considéré avoir échoué si au moins deux des cinq cultures obtenues au cours des 12 derniers mois du traitement sont positives, si l'une des trois dernières cultures est positive ou si une décision clinique est prise de mettre fin prématurément au traitement en raison d'une réponse insatisfaisante ou d'événements indésirables.

___ J'accepte que le personnel du PCSP communique avec moi pour obtenir des compléments d'information.

___ Je préfère que le personnel du PCSP ne communique pas avec moi pour obtenir des compléments d'information.

___ J'accepte que le personnel du PCSP communique avec moi au bout de 6 et 12 mois dans le cadre d'études de suivi.

___ Je préfère que le personnel du PCSP ne communique pas avec moi dans le cadre d'études de suivi.

SECTION 10 – MÉDECIN DÉCLARANT

Prénom _____ Nom _____
Adresse _____
Ville _____ Province _____ Code postal _____
Téléphone _____ Télécopieur _____
Courriel _____ Date de complétion _____

Merci d'avoir rempli ce formulaire.

(TI 2013-10)