

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

4.1 Diagnostic clinique confirmé : JJ MM AAAA Non effectué
___/___/___ _____

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

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