



Tuberculose (TB)

Déclaration de résultats d'analyses cliniques

À renvoyer rempli d'ici une semaine au médecin cantonal^a (pas directement à l'OFSP).^b

Patient/e

Nom/prénom: _____ date de naissance: ___/___/___ sexe: f m

Rue: _____ NPA/domicile: _____ canton: _____ tél.: _____

Pays de résidence, si pas CH: _____

Nationalité: CH autre: _____ pays de naissance: _____

Pour les personnes dont la nationalité/pays de naissance autre que CH, date d'entrée en Suisse (mois/année): ___/___

Diagnostic et manifestation

Organe atteint: poumon ganglions intrathoraciques ganglions extrathoraciques
 plèvre méninges SNC (sauf méninges)
 système urogénital péritoine / tractus digestif forme disséminée
 vertèbres os / articulations (sans vertèbres) autres localisations: _____

Laboratoire: nom/tél.: _____

Si plusieurs examens de laboratoire sont réalisés sur le même type d'échantillon et que les résultats sont discordants, ne rapporter (cocher) que les résultats positifs.

	PCR directe (p. ex. Xpert)				Microscopie				Culture			
	pos	neg	attendue	pas réalisée	pos	neg	attendue	pas réalisée	pos	neg	attendue	pas réalisée
Expectorations	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Sécrétions bronchiques/liquide de lavage bronchique	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Autre échantillon: _____	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

Evolution

Anamnèse: Une TB a-t-elle déjà été diagnostiquée antérieurement? oui non inconnu
 Si oui, date du diagnostic (mois/année): ___/___/___ inconnu
 La personne a-t-elle reçu par le passé un traitement antituberculeux pendant au moins un mois? oui non inconnu
 Si oui, quand (mois/année): ___/___/___ inconnu

Traitement actuel: Date de début du traitement (ou du diagnostic si aucun traitement instauré): ___/___/___

Date prévue de fin du traitement: ___/___/___

Médicaments au début du traitement: Isoniazide Rifampicine Pyrazinamide Ethambutol
 Delamanid Bédaquiline Moxifloxacine Linézolide
 autres antituberculeux: _____

Si aucun traitement, décès avant le début du traitement? oui non

Remarques

Médecin nom, adresse, tél./fax (ou timbre): _____

Médecin traitant nom, adresse _____

Date: ___/___/___ signature: _____

Médecin cantonal

Mesures: non oui: _____ date: ___/___/___ signature: _____

^a le canton de résidence de la personne fait référence, si le canton de résidence manque, le lieu du traitement. Veuillez déclarer s.v.p. tous les cas de tuberculose confirmés en culture ainsi que tous les autres cas pour lesquels un traitement d'au moins trois médicaments a commencé.

^b formulaires: versions actualisées disponibles sous <https://www.bag.admin.ch/infreporting>