Médecin ou biologiste déclarant (tampon)	***Si notification par un biologiste***
Nom :	**Nom du clinicien :**
Hôpital/service	Hôpital/service
Adresse	Adresse
Téléphone	Téléphone
Télécopie	Télécopie
Signature	

Tuberculose

cerfa 12210*01

Important : cette maladie justifie une intervention urgente locale, nationale ou internationale. **Vous devez la signaler par tout moyen approprié (téléphone, télécopie,...)** au médecin inspecteur de la DDASS avant même confirmation par le CNR ou envoi de cette fiche.

Initiale du nom : ☐ Prénom : ..... Sexe : ☐ M ☐ F Date de naissance *(jj/mm/aaaa)* : ☐☐☐☐☐☐☐☐

Date de la notification : ☐☐☐☐☐☐☐☐

Code postal du domicile du patient : ☐☐☐☐☐ Nationalité : .....

Pays de naissance : ..... si né(e) à l'étranger, année d'arrivée en France : ☐☐☐☐

Profession de caractère sanitaire ou social : ☐ Oui ☐ Non ☐ Ne sait pas si oui, précisez : .....

Résidence en collectivité : ☐ Oui ☐ Non ☐ Ne sait pas

Si **oui**, laquelle : ☐ Etablissement d'hébergement pour personnes âgées ☐ Etablissement pénitentiaire

☐ Centre d'hébergement collectif (foyer social, de travailleur...) ☐ Autre, préciser .....

Sans domicile fixe : ☐ Oui ☐ Non ☐ Ne sait pas

Date de mise en route du traitement : ☐☐☐☐☐☐☐☐

si diagnostic post-mortem, date du décès: ☐☐☐☐☐☐☐☐

si refus de traitement, date du diagnostic : ☐☐☐☐☐☐☐☐

Antécédents

Vaccination BCG chez les enfants < 15 ans : ☐ Oui ☐ Non ☐ Ne sait pas

Présence d'une cicatrice vaccinale : ☐ Oui ☐ Non

Antécédents de tuberculose traitée par antibiotiques : ☐ Oui ☐ Non ☐ Ne sait pas

Si **oui**, année du dernier traitement : ☐☐☐☐

Tuberculose

Critères de notification : cochez une des cases

☐ **Tuberculose maladie**

Cas confirmé : maladie due à une mycobactérie du complexe tuberculosis prouvée par la culture

Cas probable : 1) signes cliniques et/ou radiologiques compatibles avec une tuberculose, et 2) décision de traiter le patient avec un traitement antituberculeux standard.

☐ **Infection tuberculeuse (primo-infection) chez un enfant de moins de 15 ans :**

IDR à 10U positive sans signes cliniques ni para cliniques (induration > 15mm si BCG ou augmentation de 10mm par rapport à une IDR datant de moins de 2 ans) ou IDR phlycténulaire.

A remplir pour la tuberculose maladie

Localisation(s) de la tuberculose *(si plusieurs localisations, cocher toutes les cases correspondantes)*

☐ Pulmonaire ☐ Méningée ☐ Ganglionnaire hilaire ☐ Ganglionnaire autre

☐ Pleurale ☐ Ostéo-articulaire ☐ Génito-urinaire ☐ Autre, préciser : .....

Traitement immunosuppresseur thérapeutique : ☐ Oui ☐ Non si oui, lequel (corticoïdes, anti-TNF,..) .....

Bactériologie

Prélèvements respiratoires : ☐ Oui ☐ Non préciser le type de prélèvement : ☐ crachat, ☐ tubage, ☐ aspiration bronchique

Examen microscopique (BAAR) : ☐ Positif ☐ Négatif ☐ Inconnu ☐ Non fait

Culture : ☐ Positive ☐ Négative ☐ En cours ☐ Non faite

Autre technique : ☐ Positive ☐ Négative ☐ En cours préciser .....

Prélèvements d'autres origines : ☐ Oui ☐ Non préciser le type de prélèvement: .....

Examen microscopique (BAAR) : ☐ Positif ☐ Négatif ☐ Inconnu ☐ Non fait

Culture : ☐ Positive ☐ Négative ☐ En cours ☐ Non faite

Autre technique : ☐ Positive ☐ Négative ☐ En cours préciser .....

Antibiogramme en début de traitement :

Résistance à l'Isoniazide : ☐ Oui ☐ Non ☐ Inconnu à la Rifampicine : ☐ Oui ☐ Non ☐ Inconnu

Histologie

Histologie évocatrice : ☐ Oui ☐ Non ☐ En cours ☐ Non faite

Dépistage dans l'entourage

Dépistage réalisé : ☐ Oui ☐ Non

Demande d'intervention du Service de Lutte Anti-Tuberculeuse du Conseil Général : ☐ Oui ☐ Non

Si oui : veuillez contacter ce service au numéro suivant : .....