



# Tuberculose (TB)

## Déclaration de résultats d'analyses cliniques

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

### 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	nég	attendue	pas réalisée	pos	nég	attendue	pas réalisée	pos	nég	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: \_\_\_\_\_

<sup>a</sup> 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.

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