



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	☐	☐	☐	☐	☐	☐	☐	☐	☐	☐	☐	☐
Sécrétions bronchiques/liquide de lavage bronchique	☐	☐	☐	☐	☐	☐	☐	☐	☐	☐	☐	☐
Autre échantillon: _____	☐	☐	☐	☐	☐	☐	☐	☐	☐	☐	☐	☐

Evolution

Anamnèse: Une TB a-t-elle déjà été diagnostiquée dans le passé? ☐ 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. (ou timbre): _____

Médecin traitant nom, adresse _____

Date: ____/____/____

Médecin cantonal

Mesures: ☐ non ☐ oui: _____ date: ____/____/____

^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>