

Fiche de déclaration initiale de la tuberculose

Médecin ou biologiste déclarant (tampon)	Si notification par un biologiste
Nom/Prénom :	Nom/prénom du médecin prescripteur :
Téléphone :	Courriel :
Télécopie :	Lieu d'exercice :
Courriel :	Fonction :
Lieu d'exercice :	Cadre d'exercice :
Fonction :	Service (si hôpital) :
Cadre d'exercice :	Nom/prénom du médecin référent du patient :
Service (si hôpital) :	Lieu d'exercice :
Nom/prénom du médecin référent du patient :	Service :
Lieu d'exercice :	
Service :	
Signature/tampon:	

Maladie à déclaration obligatoire



N°13351*03

TUBERCULOSE

Important : cette maladie justifie une intervention urgente locale, nationale ou internationale. **Vous devez la signaler immédiatement via e-DO ou par tout autre moyen** à l'ARS de votre région.

Critères de notification : *cochez une des cases*

Tuberculose maladie

Cas confirmé : Maladie soit 1) avec une culture positive à une mycobactérie du complexe tuberculosis, soit 2) avec une microscopie positive pour les bacilles acido-alcoolo résistants ET la détection d'acide nucléique du complexe Mycobacterium tuberculosis.

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 latente chez un enfant/jeune de moins de 18 ans :

Absence de signes cliniques ou paracliniques de tuberculose ET

IDR à 5U positive (induration >15 mm si BCG ou >10 mm sans BCG ou augmentation de 10 mm par rapport à une IDR datant de moins de 2 ans)

ou

Résultat positif du test de détection de la production d'interféron gamma (Test IGRA)

Initiale du Nom : [] Prénom :
 Sexe : M F Date de naissance (JJ/MM/AAAA) : / / /
 Date de la notification (JJ/MM/AAAA) : / / /

Code postal du domicile du patient : / / / / / Si inconnu : département :

Nationalité : Pays de naissance :

Si né(e) à l'étranger, année d'arrivée en France (AAAA) : / / / /

Si enfant/jeune de moins de 18 ans :

Pays de naissance Du père..... De la mère

Antécédent familial (parents, fratrie) de tuberculose maladie : Oui Non Inconnu

Profession de caractère sanitaire ou social : Oui Non Inconnu

Si oui, préciser : Etablissement de santé En contacts avec enfants de < 15 ans (crèche, maternelle...) Autres

Résidence en collectivité : Oui Non Inconnu

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 Inconnu

Contexte du diagnostic Recours spontané au système de soins Enquête autour d'un cas Dépistage (ciblé)

Autre, précisez :

Date de mise en route du traitement (JJ/MM/AAAA) : / / / à remplir également pour ITL

Si traitement non démarré au moment de la déclaration : Date de diagnostic ou de décès (JJ/MM/AAAA) / / /

Diagnostic post mortem Oui Non

Refus de traitement Oui Non

Autre Oui Non Si oui, préciser :

Antécédents

Antécédents de tuberculose maladie traitée par antituberculeux : Oui Non Inconnu

Si oui, année du dernier traitement (AAAA) : / / /

Si enfant/jeune de moins de 18 ans:

Vaccination BCG Oui Non Inconnu

Année de la dernière vaccination (AAAA) : / / /

Présence d'une cicatrice vaccinale : Oui Non

En cas d'infection tuberculeuse latente : Résultat de l'IDR : Positif Négatif Non fait (voir ci-dessus pour la définition d'une IDR positive)

Résultat du test IGRA : Positif Négatif Non fait

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

Pulmonaire Neuroméningée Génito-urinaire

Pleurale Ganglionnaire extrathoracique Miliaire (micronodules radiographiques diffus pulmonaires)

Ganglionnaire intra thoracique Ostéo-articulaire Autre, préciser :

Immunodépression

Pas d'immunodépression

Traitement immunosuppresseur : corticoïde anti-TNF Autre

Autre cause d'immunodépression : greffe d'organe Insuffisance rénale chronique Diabète Silicose Cancer Autre

Bactériologie (ne pas attendre les résultats de culture et d'antibiogramme pour envoyer la fiche de déclaration à l'ARS)

Prélèvement respiratoire (expectoration, tubage gastrique, lavage broncho-alvéolaire, aspiration)

Examen microscopique (BAAR) : Positif Négatif Inconnu Non fait

Culture : Positive Négative Inconnue En cours Non faite

PCR : Positive Négative Non faite

Prélèvement non respiratoire

Examen microscopique (Baar) ou histologique : Positif Négatif Inconnu Non fait

Culture : Positive Négative Inconnue En cours Non faite

PCR : Positive Négative Non faite

Détection de résistance aux antibiotiques en début de traitement

Test génotypique : Résistance à la rifampicine : Oui Non Inconnue Résistance à l'isoniazide : Oui Non Inconnue

Antibiogramme phénotypique : Résistance à la rifampicine : Oui Non Inconnue Résistance à l'isoniazide : Oui Non Inconnue

Une fiche sur l'issue du traitement sera envoyée par l'ARS et sera à remplir dans les 12 mois qui suivent le début du traitement ou la date de diagnostic pour les patients ayant refusé le traitement

Fiche de déclaration des issues de traitement anti tuberculeux (Tuberculose maladie uniquement)

Ce questionnaire est à compléter dans les 12 mois qui suivent le début du traitement ou le diagnostic, pour tous les cas déclarés de tuberculose

Médecin ou biologiste ayant déclaré le cas	Médecin déclarant l'issue du traitement
Nom/Prénom : Téléphone Télécopie: Courriel :	Médecin déclarant : <input type="checkbox"/> Médecin référent : <input type="checkbox"/> Lieu d'exercice : Service : Autre médecin : <input type="checkbox"/>
Lieu d'exercice : Fonction : Cadre d'exercice : Service (si hôpital): Nom/prénom du médecin référent du patient :	Dans ce cas indiquer : Nom/Prénom : Téléphone Télécopie: Courriel :
Lieu d'exercice : Service :	Lieu d'exercice : Fonction :
Signature/tampon:	Signature/tampon:

Maladie à déclaration obligatoire



TUBERCULOSE

La tuberculose est une maladie à déclaration obligatoire

Critères de notification de la tuberculose maladie

Cas confirmé : Maladie soit 1) avec une culture positive à une mycobactérie du complexe tuberculosis, soit 2) avec une microscopie positive pour les bacilles acido-alcoolo résistants ET la détection d'acide nucléique du complexe Mycobacterium tuberculosis.

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

Initiale du Nom : [] Prénom :
Sexe : M F Date de naissance (JJ/MM/AAAA) : / / /
Date de la notification initiale (JJ/MM/AAAA) : / / /
Code postal du domicile du patient : / / / / / Si inconnu : département :

Traitement

Traitement démarré : Oui Non
Date de mise en route du traitement (JJ/MM/AAAA) : / / /
Si traitement non démarré :
Date du diagnostic (JJ/MM/AAAA) : / / /
Cause de non traitement : Diagnostic post mortem Refus de traitement Autre
Si autre, précisez :

Indiquez si ces informations n'ont pas été complétées lors de la déclaration initiale :

Résultat de la culture sur prélèvement respiratoire : Positive Négative Inconnue Non faite
Résultat de la culture sur prélèvement NON respiratoire : Positive Négative Inconnue Non faite
Résistance à la rifampicine sur antibiogramme phénotypique : Oui Non Inconnue
Résistance à l'isoniazide sur antibiogramme phénotypique : Oui Non Inconnue

1 Traitement achevé dans les 12 mois suivant le début du traitement

Date de fin de traitement (JJ/MM/AAAA) : / / /

Traitement achevé : le patient est considéré comme guéri par le médecin et a pris au moins 80% de la dose totale prescrite du traitement antituberculeux

Traitement non achevé dans les 12 mois suivant le début du traitement car (cocher la case 2, 3, ou 4) :

- 2 Le patient est décédé pendant le traitement ou avant le début du traitement
- Décès directement lié à la tuberculose
 - Décès non directement lié à la tuberculose
 - Lien inconnu entre décès et tuberculose
- 3 Le traitement a été arrêté et non repris car
- diagnostic de tuberculose non retenu
 - autre raison, précisez :
- 4 Le patient est toujours en traitement à 12 mois car
- traitement initialement prévu pour une durée supérieure à 12 mois
 - traitement interrompu plus de deux mois
 - traitement modifié car (cocher la ou les cases correspondantes)
 - Résistance initiale ou acquise au cours du traitement
 - Effets secondaires ou intolérance au traitement
 - Echec du traitement initial (réponse clinique insuffisante ou non négatification des examens bactériologiques)

L'issue du traitement n'est pas connue car (cocher la case correspondante : 5, 6, ou 7) :

- 5 Le patient a été transféré (autre médecin, autre établissement ou structure de soins, autre pays)

Dans ce cas, indiquer les coordonnées:

- de la structure, éventuellement du pays, du transfert :
- du médecin :

- 6 Le patient a été perdu de vue pendant le traitement (et l'est toujours 12 mois après le début du traitement)

- 7 Sans information