


**République française**

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

Maladie à déclaration obligatoire	
<b>Tuberculose</b>	N° 13351*02

**Important :** Cette maladie justifie une intervention urgente locale, nationale ou internationale. **Vous devez la signaler par tout moyen approprié (téléphone, télécopie...)** au médecin de l'ARS avant même l'envoi de cette fiche.

**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 5U positive sans signes cliniques ni paracliniques (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).

Initiale du nom :  Prénom :

Sexe :  M  F Date de naissance :

**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 :

Enfant de moins de 15 ans :

Pays de naissance des parents : père : ..... mère : .....

Antécédents familiaux (parents, fratrie) de tuberculose maladie  oui  non  ne sait pas

Profession à caractère sanitaire ou social :  oui  non  ne sait pas

Si oui, préciser :  établissement de santé  en contact avec des enfants <15 ans  autre

Résidence en collectivité :  oui  non  ne sait pas

Si oui, préciser :  établissement d'hébergement pour personnes âgées  établissement pénitentiaire

centre d'hébergement collectif (foyer social, de travailleurs...)  autre, préciser : .....

Sans domicile fixe :  oui  non  ne sait pas

Contexte du diagnostic :  recours spontané au système de soins  enquête autour d'un cas  dépistage

autre, préciser : .....

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

Si refus de traitement, date du diagnostic :

Si diagnostic post-mortem, date du décès :

Décès directement lié à la tuberculose  Décès non directement lié à la tuberculose  Lien entre décès et tuberculose inconnu

**Antécédents :**

Vaccination BCG chez les enfants <15 ans :  oui  non  ne sait pas

Date de la vaccination (si plusieurs vaccinations, date de la 1<sup>re</sup>) :

Si statut vaccinal douteux : présence d'une cicatrice vaccinale :  oui  non  ne sait pas

Antécédents de tuberculose maladie traitée par antituberculeux :  oui  non  ne sait pas Si oui, année du dernier traitement :

**A compléter uniquement pour la tuberculose maladie :**

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

pulmonaire  neuroméningée  génito-urinaire

pleurale  ganglionnaire extrathoracique  miliaire (micronodules radiographiques diffus, dissémination hématogène)

ganglionnaire intrathoracique  ostéo-articulaire  autre, préciser : .....

**Traitement immunosuppresseur :**  oui  non

Si oui, lequel (corticoïdes, anti-TNF...) : .....

**Bactériologie :**

Prélèvements respiratoires : (expectoration, tubage gastrique, lavage broncho-alvéolaire, aspiration bronchique)

Examen microscopique (BAAR) :  positif  négatif  inconnu  non fait

Culture :  positive  négative  en cours  non faite

Prélèvements d'autres origines :

Examen microscopique (BAAR) :  positif  négatif  inconnu  non fait

Culture :  positive  négative  en cours  non faite

Antibiogramme en début de traitement :

Résistance à l'isoniazide :  oui  non  inconnu Résistance à la Rifampicine :  oui  non  inconnu

**Une fiche sur l'issue du traitement vous sera envoyée par l'ARS et sera à remplir dans les 12 mois qui suivent le début du traitement ou le diagnostic pour tous les cas déclarés de tuberculose maladie.**

**Fiche de déclaration des issues de traitement antituberculeux (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.

<b>Médecin ou biologiste déclarant (tampon)</b> Nom : _____ Hôpital/service : _____ Adresse : _____ Téléphone : _____ Télécopie : _____	<b>Médecin ou biologiste déclarant l'issue du traitement (tampon)</b> Nom : _____ Hôpital/service : _____ Adresse : _____ Téléphone : _____ Télécopie : _____ <b>Signature :</b> _____
--	--

Maladie à déclaration obligatoire

N° 13351\*02

**Tuberculose**

*La tuberculose est une maladie à déclaration obligatoire.*

**Critères de notification de la 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.

Initiale du nom :  Prénom : .....

Sexe :  M     F    Date de naissance :

**Date de la notification :**

Code postal du domicile du patient :

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

Si refus de traitement, date du diagnostic :

**Si vous n'aviez pas renseigné le résultat de la culture lors de la déclaration initiale, merci de le faire ci-dessous :**

Culture en début de traitement : .....  positive     négative     non faite

<input type="checkbox"/> <b>1 Traitement achevé dans les 12 mois suivant le début du traitement</b> Date de fin de traitement : <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/>	<b>Traitement achevé :</b> le patient est considéré comme guéri par le médecin et a pris au moins 80 % de la dose totale prescrite du traitement
Si culture positive en début de traitement, négativation de la culture en cours de traitement : <input type="checkbox"/> oui <input type="checkbox"/> non <input type="checkbox"/> ne sait pas	

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

**2** Le patient est décédé pendant le 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, préciser : .....

**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 case(s) correspondante(s)) :
  - résistance initiale ou acquise au cours du traitement
  - effets secondaires ou intolérance au traitement
  - échec du traitement initial (réponse clinique insuffisante ou non-négativation 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, ou 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