

# Fiche de déclaration initiale de la tuberculose

<b>Médecin ou biologiste déclarant (tampon)</b>	<b>Si notification par un biologiste</b>
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 :	
<b>Signature/tampon:</b>	

## Maladie à déclaration obligatoire



### 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

Nom/Prénom :  
Téléphone  
Télécopie:  
Courriel :

Lieu d'exercice :  
Fonction :  
Cadre d'exercice :  
Service (si hôpital):  
Nom/prénom du médecin référent du patient :

Lieu d'exercice :  
Service :

Signature/tampon:

## Médecin déclarant l'issue du traitement

Médecin déclarant :   
Médecin référent :   
Lieu d'exercice :  
Service :

Autre médecin :   
Dans ce cas indiquer :  
Nom/Prénom :  
Téléphone  
Télécopie:  
Courriel :

Lieu d'exercice :  
Fonction :

Signature/tampon:

## Maladie à déclaration obligatoire



N°13351\*03

## 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 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, 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