

TUBERCULOSE

SUIVI CLINICO-RADIOLOGIQUE STANDARD

ÉVALUATION CLINIQUE ET CONDUITE MÉDICALE

EMBOSSER ICI LA CARTE DU CSI OU CSTU,
SI NON DISPONIBLE, INSCRIRE LES NOM, PRÉNOM,
DATE DE NAISSANCE ET NUMÉRO DOSSIER

EMBOSS HERE THE CARD OF IHC OR UTHC,
IF NOT AVAILABLE, WRITE THE NAME, SURNAME,
DATE OF BIRTH AND FILE NUMBER

Date du TCT significatif : aaaa/mm/jj Résultat : mm Poids initial : kg en date du : aaaa/mm/jj

RAISON DU SUIVI

- Infection tuberculeuse latente non ou inadéquatement traitée
- Prophylaxie considérée acceptable
- Contact étroit d'un cas de TB active à frottis positif - Date du dernier contact : aaaa/mm/jj
- Suivi post fin de traitement de TB active

ÉVALUATION CLINIQUE ¹	Date prévue ²	aa/mm/jj	aa/mm/jj	aa/mm/jj	aa/mm/jj	aa/mm/jj	aa/mm/jj	aa/mm/jj
	Date réelle ³	aa/mm/jj	aa/mm/jj	aa/mm/jj	aa/mm/jj	aa/mm/jj	aa/mm/jj	aa/mm/jj
	Toux inhabituelle ≥ 3 sem.							
	Hémoptysie							
	Sueurs nocturnes							
	Fièvre persistante							
	Poids	kg	kg	kg	kg	kg	kg	kg
	Rappel sur l'auto-vigilance ⁴							
Signature de l'infirmière								
CONDUITE MÉDICALE	Date de la RXP	aa/mm/jj	aa/mm/jj	aa/mm/jj	aa/mm/jj	aa/mm/jj	aa/mm/jj	aa/mm/jj
	RXP normale Continuer SCR idem	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
	RXP anormale Continuer SCR idem	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
	RXP anormale Se référer à note médicale	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
	Suivi additionnel demandé ⁵	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Signature du médecin								

¹ À compléter par l'infirmière avant le RXP. Indiquer si oui ou non le symptôme est présent. Informer le Md si présence de symptômes de TB active et l'indiquer sur la requête de radiologie dans la section « Commentaires ».

² Selon l'information complétée par le médecin dans le [GUIDE DE SUIVI CLINICO-RADIOLOGIQUE](#) du patient.

³ Si retard dans le suivi clinico-radiologique, le faire maintenant. Puis si intervalle ≤ 3 mois avec le prochain suivi clinico-radiologique prévu, annuler ce dernier et maintenir les suivants tels que déjà cédulés.

⁴ Encourager la consultation précoce advenant le développement de symptômes suggestifs de TB active.

⁵ Si suivi additionnel demandé par le médecin, se référer à l'outil [SUIVI CLINICO-RADIOLOGIQUE ADDITIONNEL](#).