

ÉVALUATION CLINIQUE CAS SUSPECT/CONTACT D'UN CAS DE TB ACTIVE

Section 1 – RENSEIGNEMENTS PERSONNELS

Sexe : M F No de téléphone : _____ Identifiant Facebook ou courriel : _____
No maison : _____ Nb de résidents : _____ Nb de chambres : _____
Raison d'évaluation : Contact d'un cas actif Recherche d'un cas source Sur demande d'un professionnel
 Sur demande du patient Autre : _____

CAS INDEX Date de naissance : aaaa / mm / jj No dossier : _____ Date de Diagnostic : aaaa / mm / jj
Informations RXP : Cavitaire Non cavitaire BK : Frottis (+) Frottis (-) Culture (+) Culture (-) Inconnu

LIEU ET CARACTÉRISATION DU CONTACT (plus d'une réponse possible)

Maison du cas index Autre maison Travail École/Garderie Groupe social Autre : _____
Endroit(s) de contact (préciser, ex. : no maison, école primaire / classe, employeur) : _____
Si *Maison du cas index* ou *Autre maison*, dort dans la même chambre? : N O
Fréquence de contact¹ (par sem.) : _____ Durée de contact : _____ hres Date du dernier contact : aaaa / mm / jj

ANTÉCÉDENTS

Vaccination BCG : N O Date(s) : aaaa / mm / jj aaaa / mm / jj aaaa / mm / jj
TB active antérieure : N O Année : _____ Traitement complété N O Conforme (%) _____
TB latente antérieure : N O Année : _____ Traitement complété **INH** ou **RIF** N O Conforme (%) _____
TCT antérieur² : N O Date : aaaa / mm / jj Résultat : mm Date : aaaa / mm / jj Résultat : mm
Date : aaaa / mm / jj Résultat : mm Date : aaaa / mm / jj Résultat : mm
Quantiféron antérieur : N O Date : aaaa / mm / jj Résultat : _____ Date : aaaa / mm / jj Résultat : _____

PROBLÈMES MÉDICAUX ACTUELS

Allergie connue à antituberculeux Cancer tête/cou Diabète Receveur d'organe sous Tx
 Insuffisance rénale chronique Maladie hépatique Immunodéficience immunosuppresseur

MÉDICAMENTS PRIS ACTUELLEMENT

Aucun Autre : _____
 Anticonvulsif (préciser) : _____ Contraception hormonale (préciser) : _____
 Corticostéroïdes (préciser) : _____ Immunosuppresseur (préciser) : _____
Grossesse ? N O N/A

Une fois l'information complétée, envoyer la section 1 à la DSPu³

Section 2 – FACTEURS DE RISQUE

Tabagisme N O Cigarettes par jour : _____
Consommation d'alcool N O Quantité / Fréquence : _____
Consommation de cannabis N O Quantité / Fréquence : _____ Lieu : _____
Fréquentation de lieux de rassemblement N O (p. ex. : maisons de jeu, consommation de cannabis en groupe, etc.)
Préciser les lieux si possible (no de maison, nom du propriétaire) : _____

AUTRES FACTEURS DE RISQUE au cours des 2 dernières années : Aucun

Sans-abri (en ville)
 Incarcération antérieure. Préciser lieux/dates : _____
 Séjour dans autre(s) communauté(s) du Nunavik/Nunavut/extérieur de la région. Préciser lieux / dates : _____

¹ Important de bien remplir la fréquence (nombre de visites par semaine), la durée (nombre d'heures habituel de ces visites) et la date de dernier contact.

² Ne pas considérer le Tine test.

³ Adresses d'envoi à la DSPu: tuberculose-santepublique.nrbhss@sss.gov.qc.ca et vannessa.jean-marie.ciusscn@sss.gov.qc.ca
(DSPu-TB_DETECT-EVAL-CLIN, V2023-01-31)

Section 3 – ÉVALUATION CLINIQUE INITIALE

SYMPTÔMES

Toux inhabituelle > 3 sem. N O Date de début : aaaa / mm / jj
 Expectorations N O Durée sem. Douleur thoracique N O Durée sem.
 Hémoptysie N O Durée sem. Fièvre persistante N O Durée sem.
 Dyspnée N O Durée sem. Sueurs nocturnes N O Durée sem.
 Perte de pds inexpliquée N O kg Fatigue N O Durée sem.

Autre : _____

EXAMEN PHYSIQUE

Poids actuel : kg Poids antérieur : kg Date : aaaa / mm / jj
 Auscultation pulmonaire : Normale Anormale Préciser : _____
 Examen physique (adénopathies, érythème noueux) : Préciser : _____
 Date de l'évaluation : aaaa / mm / jj Infirmière : _____

Vaccin C-19 ou vivant (RRO, RRO-Var, Zona, Typhoïde, Flumist) reçu dans les 4 dernières semaines⁴: N O → Date : aaaa / mm / jj

TCT #1 requis⁵ N O TCT réalisé le : aaaa / mm / jj Heure : No de lot : Site : Infirmière :
 Lecture du TCT le : aaaa / mm / jj Heure : Résultat TCT : mm Infirmière :

À l'issue de l'évaluation clinique initiale, envoyer les sections 1-2-3 à la DSPu³

Section 4 – ÉVALUATION CLINIQUE DE SUIVI⁶

Date prévue : aaaa / mm / jj

SYMPTÔMES

Toux inhabituelle > 3 sem. N O Date de début : aaaa / mm / jj
 Expectorations N O Durée sem. Douleur thoracique N O Durée sem.
 Hémoptysie N O Durée sem. Fièvre persistante N O Durée sem.
 Dyspnée N O Durée sem. Sueurs nocturnes N O Durée sem.
 Perte de pds inexpliquée N O kg Fatigue N O Durée sem.

Autre : _____

EXAMEN PHYSIQUE

Poids actuel : kg
 Auscultation pulmonaire : Normale Anormale Préciser : _____
 Examen physique (adénopathies, érythème noueux) : Préciser : _____
 Date de l'évaluation : aaaa / mm / jj Infirmière : _____

Vaccin C-19 ou vivant (RRO, RRO-Var, Zona, Typhoïde, Flumist) reçu dans les 4 dernières semaines³: N O → Date : aaaa / mm / jj

TCT #2 requis N O TCT réalisé le : aaaa / mm / jj Heure : No de lot : Site : Infirmière :
 Lecture du TCT le : aaaa / mm / jj Heure : Résultat TCT : mm Infirmière :

Section 5 – CONDUITE MÉDICALE À TENIR

RXP requis⁷ N O Date RXP réalisé : aaaa / mm / jj
 BK X 3 requis N O Dates : **GeneXpert** aaaa / mm / jj
 Expecto #1 aaaa / mm / jj Expecto #2 aaaa / mm / jj Expecto #3 aaaa / mm / jj

Suivi médical :

Congé Traitement ITL
 Suivi clinico-radiologique Prophylaxie
 Traitement TB active période-fenêtre

Impression clinique :

SIGNATURE DU MÉDECIN : _____

DATE : aaaa / mm / jj

À l'issue de l'investigation complète, envoyer ce document à la DSPu³

⁴ Si oui, administrer TCT le même jour ou 4 semaines après l'administration du vaccin en question (se référer au PIQ).

⁵ Chez l'enfant < 5 ans vacciné BCG et identifié contact : si non déjà connu ITL, et asymptomatique avec une RXP normale, **faire un TCT seulement à 8 semaines post-dernier contact (= à la fin de la période-fenêtre).**

⁶ À faire si TCT # 2 requis ou à la demande du médecin. Inscire la date prévue du rendez-vous à l'agenda.

⁷ Toute radiographie pulmonaire (à 3 incidences) faite chez un individu ≥ 5 ans dans les 3 mois précédant le diagnostic du cas source présumé peut être considérée comme la radiographie initiale et ne pas être répétée lors de l'enquête, à la condition que cet individu **soit demeuré asymptomatique et que le cas source présumé soit à frottis négatif.**