



Tuberculose 2012

Compléter et envoyer cette déclaration complémentaire dans le délai d'une semaine au médecin cantonal du canton de domicile du patient (s'il est sans domicile, au canton dans lequel il est traité). Ne pas envoyer directement à l'OFSP. Veuillez déclarer tous les cas confirmés par culture ainsi que tous les autres cas chez lesquels un traitement avec au moins 3 médicaments a été institué.

Patient/e

Nom/prénom: _____ Date de naissance: ___/___/___ Sexe: f m

Rue: _____ NPA/domicile: _____ Canton: _____ Tél.: _____

Nationalité: CH autre: _____ Pays de naissance: _____

Pays de résidence, si pas CH: _____ Si étranger, date de l'entrée en Suisse: ___/___/___

Catégorie: requérant d'asile, réfugié

travailleur étranger et membres de la famille autre catégorie d'étranger: _____

Clinique

Organe atteint: poumon ganglions intrathoraciques ganglions extrathoraciques
 plèvre méninges SNC (sauf méninges)
 système urogénital péritoine / tractus digestif forme disséminée
 vertèbres os / articulations (sans vertèbres) autres localisations: _____

Diagnostic

Laboratoire: Nom/tél.: _____

Microscopie directe: Expectations positive négative attendue pas réalisée

Sécrétions bronchiques / liquide de lavage bronchique positive négative attendue pas réalisée

Culture: Matériel: _____ positive négative attendue pas réalisée

Antécédents de tuberculose (anamnèse) oui non inconnu

Si tuberculose antérieure: Date du diagnostic: mois ____ année ____ inconnu

Le patient a-t-il déjà reçu un traitement antituberculeux dans le passé pendant au moins un mois? oui non inconnu

Traitement actuel

Date du début du traitement ou du diagnostic (si aucun traitement instauré): ___/___/___

Médicaments au début du traitement: Isoniazide Rifampicine Pyrazinamide Ethambutol

autres antituberculeux: _____

Si aucun traitement, décès avant le début du traitement? oui non

Remarques

Médecin Nom, adresse, n° tél/fax (ou timbre): _____

Médecin traitant Nom, adresse _____

Date: ___/___/___ Signature: _____

en tant que médecin pénitentiaire, nom officiel de l'établissement : _____

Médecin cantonal

Mesures: non oui: _____ Date: ___/___/___ Signature: _____