

ANNEXE 4

Questionnaire d'enquête de tuberculose

No de dossier MAD0 :	
Nom :	Prénom :
Sexe : <input type="checkbox"/> F <input type="checkbox"/> M Âge :	DDN: (aaaa) (mm) (jj)

Adresse :				
No	(Type de rue)	Rue	Direction	App.
Municipalité :		Code postal :		
<input style="width: 100%;" type="text"/>		<input style="width: 100%;" type="text"/>		
Téléphone : Maison :		Travail :		
Cellulaire :		Autre :		

Occupation:	<input type="checkbox"/> Ne s'applique pas <input type="checkbox"/> Ne travaille pas
-------------	---

Nom et prénom ainsi que lien du répondant si autre que le sujet :
Particularités/Commentaires :

CLSC et Pharmacie			
CLSC :	<input style="width: 100%;" type="text"/>	Tél. :	<input style="width: 100%;" type="text"/>
		Télec. :	<input style="width: 100%;" type="text"/>
Infirmière responsable :			
Pharmacie :		Tél. :	Télec. :

Adresse de résidence secondaire actuelle (chalet, habitation du conjoint ou d'un parent)							
Définition :	Endroit où le patient passe au moins une nuit ou plus par semaine						
À remplir pour :	Cas pulmonaires (pendant la période de contagiosité)						
	Cas extrapulmonaires (au moment du diagnostic)						
Adresse :							
No	Type de rue	Rue	Direction	App.	Municipalité	Code postal	
Raison pour donner une seconde adresse :							
<input type="checkbox"/> Chalet <input type="checkbox"/> Maison d'amis <input type="checkbox"/> Maison du conjoint <input type="checkbox"/> Maison d'un parent <input type="checkbox"/> Autre:							

N. B. : Les sections en gris pâle sont les informations nécessaires pour le fichier central des MAD0 et les formulaires de l'ASPC. Les sections en gris plus pâle sont les informations nécessaires pour les formulaires de l'ASPC.

A. Histoire médicale

1. SITUATION DU CAS

Premier épisode de tuberculose				
<input type="checkbox"/> Oui	<input type="checkbox"/> Non →	Année du diagnostic précédent	<input type="checkbox"/> Au Canada	<input type="checkbox"/> Autre pays :
Tx antérieur		<input type="checkbox"/> Oui <input type="checkbox"/> Non	<input type="checkbox"/> Donnée inconnue	
Médication antérieure				
<input type="checkbox"/> INH		<input type="checkbox"/> EMB	<input type="checkbox"/> RMP	<input type="checkbox"/> PZA <input type="checkbox"/> SM
<input type="checkbox"/> Autre (précisez) :		<input type="checkbox"/> Donnée inconnue		
Tx antérieur terminé ou guérison		<input type="checkbox"/> Oui	<input type="checkbox"/> Non	<input type="checkbox"/> Donnée inconnue
Si oui, dernier jour du traitement précédent :		(aaaa)	(mm)	(jj)

2. ANALYSE DE LABORATOIRE

Frottis					Date de prélèvement (AAAA-MM-JJ)	Culture				Date de rapport (AAAA-MM-JJ)
	Pos.	Neg.	Non Fait	In- connu		Pos.	Neg.	Non Fait	In- connu	
<input type="checkbox"/> Expectations	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>		<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
<input type="checkbox"/> Expectations	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>		<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
<input type="checkbox"/> Expectations	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>		<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
<input type="checkbox"/> Expectations	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>		<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
<input type="checkbox"/> Lavage des bronches	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>		<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
<input type="checkbox"/> Lavage gastrique	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>		<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
<input type="checkbox"/> Urine	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>		<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
<input type="checkbox"/> Biopsie	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>		<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
<input type="checkbox"/> Autre	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>		<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	

PCR	
<input type="checkbox"/> Positif	<input type="checkbox"/> Négatif Date: (AAAA-MM-JJ)
<input type="checkbox"/> Non fait	<input type="checkbox"/> Inconnu Spécimen _____

Génotypage																					
<input type="checkbox"/> Oui <input type="checkbox"/> Non <input type="checkbox"/> Inconnu	Nbres MIRU																				
<input type="checkbox"/> RFLP <input type="checkbox"/> Oui <input type="checkbox"/> Non																					
<table border="1" style="width: 100%; height: 40px;"> <tr> <td></td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td> </tr> </table>																					

3. PRÉSENTATION CLINIQUE

Diagnostic clinique	
<input type="checkbox"/> Pulmonaire	<input type="checkbox"/> Pulmonaire associé à silicose
<input type="checkbox"/> Miliaire	<input type="checkbox"/> Pleurésie
<input type="checkbox"/> Système nerveux central	<input type="checkbox"/> Abdominal :
<input type="checkbox"/> Os et articulation :	<input type="checkbox"/> Génito-urinaire :
<input type="checkbox"/> Primaire	<input type="checkbox"/> Ganglions :
<input type="checkbox"/> Autre non respir. :	<input type="checkbox"/> Autre respir. :

Date du diagnostic (AAAA-MM-JJ)
--

Statut du cas	
Cas validé	<input type="checkbox"/> Oui → <input type="checkbox"/> confirmé : (AAAA-MM-JJ) <input type="checkbox"/> probable
	<input type="checkbox"/> Non

Symptômes	Oui	Date de début*	Non	Inconnu
Aucun	<input type="checkbox"/>		<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Fièvre	<input type="checkbox"/>	(AAAA-MM-JJ)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Perte de poids	<input type="checkbox"/>	(AAAA-MM-JJ)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Atteinte de l'état général	<input type="checkbox"/>	(AAAA-MM-JJ)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Toux	<input type="checkbox"/>	(AAAA-MM-JJ)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Expectorations	<input type="checkbox"/>	(AAAA-MM-JJ)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Sudations nocturnes	<input type="checkbox"/>	(AAAA-MM-JJ)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Hémoptysie	<input type="checkbox"/>	(AAAA-MM-JJ)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Autre	<input type="checkbox"/>	(AAAA-MM-JJ)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

Précisez :

(* Si le jour de la date de début n'est pas connu, inscrire 07 pour début du mois, 14 pour milieu et 21 pour fin du mois.)

4. RADIOGRAPHIE PULMONAIRE

Rapport initial de radiographie pulmonaire	
Date (AAAA-MM-JJ)	<input type="checkbox"/> Date inconnue
<input type="checkbox"/> Normale	<input type="checkbox"/> Anormale cavitaire <input type="checkbox"/> Anormale non cavitaire
<input type="checkbox"/> Non fait	<input type="checkbox"/> Donnée inconnue

Précisez :

5. HÔPITAL ET MÉDECIN

N ^o de dossier de l'hôpital (pour hospitalisation ou non)			
Hospitalisation	<input type="checkbox"/> Oui	Du : (AAAA-MM-JJ)	au : (ASAA-MM-JJ) <input type="checkbox"/> Non
Hôpital n ^o 1 :		Tél. :	N ^o de chambre : _____
Hôpital n ^o 2 :		Tél. :	N ^o de chambre : _____
Médecin traitant :		Tél. :	
Médecin traitant :		Tél. :	

6. DÉTECTION

Méthode de détection	
<input type="checkbox"/> Symptômes compatibles avec le siège de l'infection	<input type="checkbox"/> Observation accidentelle
<input type="checkbox"/> Post-mortem	<input type="checkbox"/> Enquête sur les contacts
<input type="checkbox"/> Surveillance médicale pour l'immigration	<input type="checkbox"/> Examen médical initial de l'immigration fait à l'extérieur du Canada
	<input type="checkbox"/> Examen médical initial de l'immigration fait au Canada
<input type="checkbox"/> Dépistage en milieu de travail	<input type="checkbox"/> Autre type de dépistage
<input type="checkbox"/> Autre (précisez) :	<input type="checkbox"/> Donnée inconnue
Commentaires :	

7. TRAITEMENT

Médication		Début du traitement : (AAAA-MM-JJ)		
		Fin du traitement : (AAAA-MM-JJ)		
Résistance		Pour chacun des médicaments		
1 ^{re} ligne	<input type="checkbox"/> Non <input type="checkbox"/> Inconnu	Posologie	Début du traitement	Fin du traitement
<input type="checkbox"/> Isoniazide (INH)	<input type="checkbox"/> Oui	_____	(AAAA-MM-JJ)	(AAAA-MM-JJ)
<input type="checkbox"/> Rifampicine (RMP)	<input type="checkbox"/> Oui	_____	(AAAA-MM-JJ)	(AAAA-MM-JJ)
<input type="checkbox"/> Éthambutol (EMB)	<input type="checkbox"/> Oui	_____	(AAAA-MM-JJ)	(AAAA-MM-JJ)
<input type="checkbox"/> Pyrazinamide (PZA)	<input type="checkbox"/> Oui	_____	(AAAA-MM-JJ)	(AAAA-MM-JJ)
2^e ligne			(AAAA-MM-JJ)	(AAAA-MM-JJ)
<input type="checkbox"/> Streptomycine (SM)	<input type="checkbox"/> Oui	_____	(AAAA-MM-JJ)	(AAAA-MM-JJ)
<input type="checkbox"/> Kanamycine (KAN)	<input type="checkbox"/> Oui	_____	(AAAA-MM-JJ)	(AAAA-MM-JJ)
<input type="checkbox"/> Capréomycine (CAP)	<input type="checkbox"/> Oui	_____	(AAAA-MM-JJ)	(AAAA-MM-JJ)
<input type="checkbox"/> Ofloxacine	<input type="checkbox"/> Oui	_____	(AAAA-MM-JJ)	(AAAA-MM-JJ)
<input type="checkbox"/> Éthionamide (ETHI)	<input type="checkbox"/> Oui	_____	(AAAA-MM-JJ)	(AAAA-MM-JJ)
<input type="checkbox"/> Acide para-aminosalicylique (PAS)	<input type="checkbox"/> Oui	_____	(AAAA-MM-JJ)	(AAAA-MM-JJ)
<input type="checkbox"/> Lévofloxacine	<input type="checkbox"/> Oui	_____	(AAAA-MM-JJ)	(AAAA-MM-JJ)
<input type="checkbox"/> Rifabutin	<input type="checkbox"/> Oui	_____	(AAAA-MM-JJ)	(AAAA-MM-JJ)
<input type="checkbox"/> Autre antibiotique	<input type="checkbox"/> Oui	_____	(AAAA-MM-JJ)	(AAAA-MM-JJ)

Apparition d'une résistance durant le traitement

<input type="checkbox"/> Oui ↓	<input type="checkbox"/> Non	<input type="checkbox"/> Non étudié		
1^{re} ligne	<input type="checkbox"/> Isoniazide (INH)	<input type="checkbox"/> Éthambutol (EMB)	<input type="checkbox"/> Rifampicine (RMP)	<input type="checkbox"/> Pyrazinamide (PZA)
2^e ligne	<input type="checkbox"/> Streptomycine (SM)	<input type="checkbox"/> Ofloxacine	<input type="checkbox"/> Rifabutin	
	<input type="checkbox"/> Kanamycine (KAN)	<input type="checkbox"/> Éthionamide (ETHI)	<input type="checkbox"/> Lévofloxacine	
	<input type="checkbox"/> Capréomycine (CAP)	<input type="checkbox"/> Acide para-amino-salicylique (PAS)	<input type="checkbox"/> Autre	

Issue du traitement	
<input type="checkbox"/> Guérison – culture négative à la fin du traitement	
<input type="checkbox"/> Traitement terminé – sans culture à la fin du traitement	
<input type="checkbox"/> Décès avant ou durant le traitement	
Date du décès : (AAAA-MM-JJ) →	<input type="checkbox"/> La TB a été la cause du décès <input type="checkbox"/> La TB a contribué au décès, mais n'en était pas la cause initiale <input type="checkbox"/> La TB n'a pas contribué au décès
<input type="checkbox"/> Transfert dans un autre pays – issue du traitement inconnue	
<input type="checkbox"/> Échec du traitement – culture positive de façon continue ou récurrente après 4 mois ou plus de traitement	
<input type="checkbox"/> Abandon (cas perdu de vue avant qu'il ait pris 80 % des doses)	
<input type="checkbox"/> Traitement en cours	<input type="checkbox"/> Traitement discontinué en raison d'un évènement défavorable
<input type="checkbox"/> Autre (<i>précisez</i>) :	<input type="checkbox"/> Issue inconnue

Principale modalité de traitement	Taux estimatif d'observance
<input type="checkbox"/> TOD (Thérapie sous observation directe : traitement dans le cadre duquel on observe le patient pour s'assurer qu'il avale chaque dose de médicament.) →	<input type="checkbox"/> 80 % et plus <input type="checkbox"/> 50-79 % <input type="checkbox"/> < 50 % <input type="checkbox"/> Taux inconnu
<input type="checkbox"/> TOD standard (TOD durant toute la phase initiale et la phase de continuation.)	
<input type="checkbox"/> TOD modifiée (TOD pour seulement une partie de la période de traitement, habituellement durant la phase initiale, qui est suivie d'un traitement autoadministré pendant la phase de continuation.)	
<input type="checkbox"/> TOD améliorée (TOD pendant les deux phases, mais qui inclut aussi des mesures d'encouragement et de facilitation.)	
<input type="checkbox"/> Traitement quotidien et autoadministré	
<input type="checkbox"/> Autre (<i>précisez</i>):	
<input type="checkbox"/> Modalité inconnue	

8. PÉRIODE DE CONTAGIOSITÉ

Période de recherche de contacts

*** Se référer à l'équipe de santé publique pour confirmer la période de recherche des contacts ***

Début de la période de contagiosité : (AAAA-MM-JJ)
Frottis négatifs et non cavitaire, avec ou sans symptômes
Considérer 4 semaines avant l'apparition des symptômes (respiratoires ou compatibles avec la TB) ou avant le premier résultat positif compatible avec la tuberculose (date de la RXP anormale ou date du premier prélèvement bactériologique positif), selon ce qui est plus long.
Frottis positifs et/ou lésion cavitaire, avec ou sans symptômes
Considérer 3 mois avant l'apparition des symptômes (respiratoires ou compatibles avec la TB) ou avant le premier résultat positif compatible avec la tuberculose (date de la RXP anormale ou date du premier prélèvement bactériologique positif), selon ce qui est plus long.
Fin de la période de contagiosité : (AAAA-MM-JJ)
Frottis négatifs et non cavitaire, avec ou sans symptômes
14 jours après le début du traitement
Frottis positifs et/ou lésion cavitaire, avec ou sans symptômes
Après 3 frottis consécutifs négatifs

B. Histoire médicale

1. IMMIGRATION/ORIGINE/VISITEUR

Pays de naissance	
<input type="checkbox"/> CANADA	<input type="checkbox"/> AUTRE PAYS
Autochtone	Nom du pays :
<input type="checkbox"/> Non →	Date d'arrivée au Canada : (AAAA-MM-JJ) <i>(Inscrire seulement l'année si date incomplète)</i>
Si moins de 15 ans	Situation actuelle (en ce qui concerne l'immigration)
Pays de naissance de la mère :	<input type="checkbox"/> Immigrant reçu/Citoyen canadien
Pays de naissance du père :	<input type="checkbox"/> Réfugié <input type="checkbox"/> Réfugié dans le sens de la Convention <input type="checkbox"/> Demandeur du statut de réfugié
<input type="checkbox"/> Oui →	<input type="checkbox"/> Visa
<input type="checkbox"/> Inuit	<input type="checkbox"/> de travail
<input type="checkbox"/> Métis	<input type="checkbox"/> d'étudiant
<input type="checkbox"/> Indien inscrit	<input type="checkbox"/> de visiteur
→ Vit sur une réserve la plupart du temps	<input type="checkbox"/> Autre (précisez) :
<input type="checkbox"/> Oui <input type="checkbox"/> Non	<input type="checkbox"/> Donnée inconnue
<input type="checkbox"/> Situation inconnue	
<input type="checkbox"/> Autre Autochtone	
Précisez :	

2. DÉPISTAGE DU VIH

Dépistage du VIH	
<input type="checkbox"/> Fait <input type="checkbox"/> Date : (AAAA-MM-JJ)	Résultat : <input type="checkbox"/> Positif <input type="checkbox"/> Négatif <input type="checkbox"/> Donnée inconnue
<input type="checkbox"/> Non fait	
→ <input type="checkbox"/> Déjà connu positif	<input type="checkbox"/> Test non offert ou non demandé par le médecin <input type="checkbox"/> Test refusé par le patient
<input type="checkbox"/> Donnée inconnue	

3. AUTRES FACTEURS DE RISQUE

Facteur de risque	Oui	Non	Inconnu	Précisez PRN
<input type="checkbox"/> Diabète	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
<input type="checkbox"/> Cancer	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
<input type="checkbox"/> Silicose	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
<input type="checkbox"/> Radiographie pulmonaire antérieure anormale (maladie fibronodulaire ou granulome)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
<input type="checkbox"/> Prise prolongée (≥ 3 mois) de corticostéroïdes (prednisone ≥ 15 mg/jour ou équivalent)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
<input type="checkbox"/> Immunosuppression associée à une transplantation	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
<input type="checkbox"/> Abus d'alcool dans les 2 dernières années	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
<input type="checkbox"/> Utilisation de drogues dans les 2 dernières années	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
<input type="checkbox"/> Sans abri dans les 2 dernières années	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
<input type="checkbox"/> Histoire de détention dans les 2 dernières années	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
<input type="checkbox"/> Détention en milieu correctionnel au moment du diagnostic	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
<input type="checkbox"/> Contact connu avec cas de tuberculose	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
Si oui, Nom :				Dossier :
Voyage à forte incidence de TB dans les 2 dernières années	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
Si oui Pays :		Année :		Durée du séjour :
Pays :		Année :		Durée du séjour :
Commentaires :				