Public Health Agency of Canada | Agence de la santé publique du Canada

Return completed form to your provincial/territorial TB control program.
Retourner le formulaire dûment rempli à votre programme provincial ou territorial de lutte antituberculeuse.

Canadian Tuberculosis and Air Travel Reporting Form
Formulaire de signalement pour la tuberculose et les voyages aériens au Canada

1. FLIGHT INFORMATION / RENSEIGNEMENTS SUR LE VOL

Date of Flight / Date du vol (YYYY/MM/DD) (AAAA/MM/JJ)	Airline / Ligne aérienne	Flight No / N° de vol	Origin / Origine	Destination	Seat / Siège	Flight duration / Durée du vol*	Activity during flight / Activité pendant le vol
1.						hrs/hres	
2.						hrs/hres	
3.						hrs/hres	
4.						hrs/hres	

Were there other passengers on the same flight(s) who have already been assessed by public health?
D'autres passagers à bord du (des) même(s) vol(s) ont-ils été évalués pas les services de santé publique?
☐ Yes / Oui ☐ No / Non ☐ Unknown / Ne sais pas

2. CASE INFORMATION / RENSEIGNEMENTS SUR LE CAS

Last name: Nom de famille:	First name: Prénom :	Sex: Sexe :
Date of birth: (YYYY/MM/DD) Date de naissance : (AAAA/MM/JJ)	Country of birth: Pays de naissance :	Age: Âge :
Country of permanent residence: Pays de résidence permanente :	Citizenship/Immigration status in Canada: Citoyenneté/statut d'immigrant au Canada :	

3. MEDICAL AND OTHER INFORMATION / RENSEIGNEMENTS MÉDICAUX ET AUTRES

Date of symptom onset: (YYYY/MM/DD)
Date d'apparition des symptômes : (AAAA/MM/JJ)

Date of diagnosis: (YYYY/MM/DD)
Date du diagnostic : (AAAA/MM/JJ)

Smear results: Date: (YYYY/MM/DD)
Résultats des frottis : Date : (AAAA/MM/JJ)

If smear negative, based on three sputum samples?
Les frottis négatifs sont-ils basés sur trois échantillons d'expectorations?
☐ Yes / Oui ☐ No / Non ☐ Unknown / Ne sais pas

Direct molecular detection result: Date: (YYYY/MM/DD)
Résultat de la détection moléculaire directe : Date : (AAAA/MM/JJ)

Culture result: Date: (YYYY/MM/DD)
Résultat de la culture : Date : (AAAA/MM/JJ)

X-ray results: Date: (YYYY/MM/DD)
Résultats des radiographies : Date : (AAAA/MM/JJ)

Cavities? ☐ Yes / Oui ☐ Non / Non ☐ Unknown / Ne sais pas
Cavités?

Sensitivity results / Résultats des analyses de sensibilité :

	Susceptible / Sensible	Resistant / Résistant	Pending / En attente
INH	☐	☐	☐
RMP	☐	☐	☐
EMB	☐	☐	☐
PZA	☐	☐	☐

Other / Autre (specify / préciser) :

Laryngeal TB? ☐ Yes / Oui ☐ Non / Non ☐ Unknown / Ne sais pas
Tuberculose laryngée?

Duration and type of treatment before and/or during travel:
Durée et type de traitement suivi avant et/ou pendant le voyage :

Other evidence of transmission? / Autres signes de transmission?

Cough during flight? ☐ Yes / Oui ☐ Non / Non ☐ Unknown / Ne sais pas
Toux pendant le vol?

Mask used during flight? ☐ Yes / Oui ☐ Non / Non ☐ Unknown / Ne sais pas
Utilisation d'un masque pendant le vol?

Are federal officials (such as CBSA, CIC, RCMP, Quarantine Officers) considered contacts of this case? Les fonctionnaires fédéraux (ASFC, CIC, GRC) sont-ils considérés comme des contacts de ce cas?
☐ Yes / Oui ☐ No / Non ☐ Unknown / Ne sais pas

Has the case returned to country of permanent residence?
Le cas est-il retourné dans son pays de résidence permanente?
☐ Yes / Oui ☐ No / Non ☐ Unknown / Ne sais pas

Is case considered a future flight risk while still infectious? / Est-ce que le cas représente encore un risque d'infection en cas de vol?
☐ Yes / Oui ☐ No / Non ☐ Unknown / Ne sais pas

4. REPORTING INFORMATION / RENSEIGNEMENTS SUR LA DÉCLARATION

Form completed by: Formulaire rempli par :	Phone: Téléphone :	Province/Territory: Province ou territoire :
Date completed: (YYYY/MM/DD) Rempli le : (AAAA/MM/JJ)	Date sent to Province/Territory: (YYYY/MM/DD) Date d'envoi à la province/au territoire : (AAAA/MM/JJ)	

PHAC/ASPC (2009-06-10)

Print | Clear all fields