



**CONFIDENTIEL**  
**UNE FOIS REMPLI**

### Province/Territoire/Identification du cas

## Origine

## Diagnostic

9. Radiographie pulmonaire 1 ☐ Normale 2 ☐ Anormale 3 ☐ Non effectuée 9 ☐ Donnée inconnue Si anormale 1 ☐ Cavitaire 2 ☐ Non cavitaire

## État bactérien

**12. Critères de diagnostic** 1 ☐ Culture positive 2 ☐ Diagnostic clinique

### 13. Si la culture initiale est positive – Résistance aux antibiotiques?

[illegible]

## Détails sur le traitement

**17. Décès avant ou durant le traitement?**

1 ☐ Oui    2 ☐ Non    9 ☐ Donnée inconnue

Si oui, date du décès

Année			Mois		Jour	

1 ☐ La TB était la cause du décès

2 ☐ La TB a contribué au décès mais n'en était pas la cause initiale

3 ☐ La TB n'a pas contribué au décès

## Antécédents de TB/Méthodes de détection du cas/Facteurs de risque/Marqueurs

## 19. Recherche de cas

## 20. Facteurs de risque/marqueurs

Abus connu ou soupçonné d'une substance	1 <input type="checkbox"/> Oui	2 <input type="checkbox"/> Non	9 <input type="checkbox"/> Donnée inconnue
Contact au cours des deux dernières années avec une personne souffrant de TB active	1 <input type="checkbox"/> Oui	2 <input type="checkbox"/> Non	9 <input type="checkbox"/> Donnée inconnue
Détention en milieu correctionnel au moment du diagnostic	1 <input type="checkbox"/> Oui	2 <input type="checkbox"/> Non	9 <input type="checkbox"/> Donnée inconnue
Diabète sucré de type 1 ou 2	1 <input type="checkbox"/> Oui	2 <input type="checkbox"/> Non	9 <input type="checkbox"/> Donnée inconnue
Immunosuppression associée à une transplantation	1 <input type="checkbox"/> Oui	2 <input type="checkbox"/> Non	9 <input type="checkbox"/> Donnée inconnue
Insuffisance rénale terminale	1 <input type="checkbox"/> Oui	2 <input type="checkbox"/> Non	9 <input type="checkbox"/> Donnée inconnue
Prise prolongée ( ≥ 3 mois) de corticostéroïdes ( <i>prednison, 15 mg/jour ou l'équivalent</i> )	1 <input type="checkbox"/> Oui	2 <input type="checkbox"/> Non	9 <input type="checkbox"/> Donnée inconnue
Radiographie pulmonaire antérieure anormale ( <i>maladie fibronodulaire ou granulome</i> )	1 <input type="checkbox"/> Oui	2 <input type="checkbox"/> Non	9 <input type="checkbox"/> Donnée inconnue
Sans-abri ( <i>au moment du diagnostic ou dans les 12 mois précédents</i> )	1 <input type="checkbox"/> Oui	2 <input type="checkbox"/> Non	9 <input type="checkbox"/> Donnée inconnue
Voyage dans un pays à forte incidence de TB au cours des 2 dernières années. Si oui, durée (en semaines) _____	1 <input type="checkbox"/> Oui	2 <input type="checkbox"/> Non	9 <input type="checkbox"/> Donnée inconnue
Autre ( <i>précisez</i> ) _____	1 <input type="checkbox"/> Oui	2 <input type="checkbox"/> Non	9 <input type="checkbox"/> Donnée inconnue