



EN VIGUEUR À COMPTER DE JANVIER 2011

Province/Territoire/Identification du cas

1. Province/territoire déclarant	2. Numéro au registre central	3. Identification unique du cas	4. Date de naissance	5. Sexe	
Année Mois Jour	Année Mois Jour	Année Mois Jour	Année Mois Jour	Masculin Féminin 1 <input type="checkbox"/> 2 <input type="checkbox"/>	
6. Résidence habituelle		Ville/village _____ Comté et unité sanitaire _____	Code postal _____		
Vit dans une réserve des Premières Nations la plupart du temps? 1 <input type="checkbox"/> Oui 2 <input type="checkbox"/> Non 8 <input type="checkbox"/> s/o 9 <input type="checkbox"/> Donnée inconnue					

Origine

7. Né au Canada? N	6 <input type="checkbox"/> Né à l'étranger	Pays de naissance _____	<input type="checkbox"/> Donnée inconnue
0 <input type="checkbox"/> 1 <input type="checkbox"/> Indien inscrit 3 <input type="checkbox"/> Inuit 4 <input type="checkbox"/> Autre Autochtone (précisez)	2 <input type="checkbox"/> Métis	Année d'arrivée au Canada _____	Année _____
5 <input type="checkbox"/> Non-Autochtone né au Canada 0 <input type="checkbox"/> De moins de 15 ans?	Pays de naissance de la mère _____ Pays de naissance du père _____	Statut d'immigrant au moment du diagnostic:	Résident temporaire :
	1 <input type="checkbox"/> Citoyen canadien/résident permanent 2 <input type="checkbox"/> Réfugié	3 <input type="checkbox"/> Réfugié au sens de la Convention 4 <input type="checkbox"/> Demandeur du statut de réfugié	5 <input type="checkbox"/> Travail 6 <input type="checkbox"/> Étudiant 7 <input type="checkbox"/> Visiteur 8 <input type="checkbox"/> Statut d'immigrant – Autre 9 <input type="checkbox"/> Inconnu
Si autre, précisez :			

Diagnostic

8. Date de cas provinciale/territoriale	Année Mois Jour	9. Radiographie pulmonaire	1 <input type="checkbox"/> Normale 2 <input type="checkbox"/> Anormale 3 <input type="checkbox"/> Non effectuée 9 <input type="checkbox"/> Donnée inconnue	Si anormale	1 <input type="checkbox"/> Cavitaire 2 <input type="checkbox"/> Non cavitaire
CIM-9	•	CIM-10	•	•	•

10. Microscopie	Expectorations	Liquide de lavage bronchique	Liquide de lavage gastrique	Biopsie des ganglions	Urine	LCR	Autre
Négatif							
Positif							
Non effectué							
Inconnu							

11. Culture	Expectorations	Liquide de lavage bronchique	Liquide de lavage gastrique	Biopsie des ganglions	Urine	LCR	Autre
Négatif							
Positif							
Non effectué							
Inconnu							

12. Critères de diagnostic	1 <input type="checkbox"/> Culture positive 2 <input type="checkbox"/> Diagnostic clinique
----------------------------	--

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

Médicament	Résultat	Médicament	Résultat	Médicament	Résultat	Autre (précisez)
Sensible Résistante Non effectuée Inconnu	_____					
INH	_____	Streptomycine	_____	PAS	_____	_____
EMB	_____	Kanamycine	_____	Rifabutine	_____	_____
RMP	_____	Capréomycine	_____	Amikacine	_____	_____
PZA	_____	Ofoxacine	_____	Moxifloxacine	_____	_____
		Éthionamide	_____	Linézolide	_____	_____

14. Résultats du génotypage?	1 <input type="checkbox"/> Oui 2 <input type="checkbox"/> Non 9 <input type="checkbox"/> Inconnus	Code octal de Spoligo	MIRU	RFLP	1 <input type="checkbox"/> Oui 2 <input type="checkbox"/> Non
Année Mois Jour	Année Mois Jour	Année Mois Jour	Année Mois Jour	Année Mois Jour	Année Mois Jour

Détails sur le traitement

15. Date de début du traitement	Année Mois Jour	16. Médicaments prescrits initialement (cochez toutes les réponses pertinentes)	INH RMP EMB PZA	Streptomycine Éthionamide Moxifloxacine Kanamycine PAS Linézolide Capréomycine Rifabutine Ofoxacine Amikacine	Aucun médicament prescrit Autre (précisez)
Année Mois Jour	Année Mois Jour	Année Mois Jour	Année Mois Jour	Année Mois Jour	Année Mois Jour

17. Décès avant ou durant le traitement?

1 <input type="checkbox"/> Oui 2 <input type="checkbox"/> Non 9 <input type="checkbox"/> Donnée inconnue	Si oui, date du décès	Année Mois Jour	1 <input type="checkbox"/> La TB était la cause du décès
Année Mois Jour	Année Mois Jour	Année Mois Jour	2 <input type="checkbox"/> La TB a contribué au décès mais n'en était pas la cause initiale
Année Mois Jour	Année Mois Jour	Année Mois Jour	3 <input type="checkbox"/> La TB n'a pas contribué au décès

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

18. Premier épisode de TB?	1 <input type="checkbox"/> Oui 2 <input type="checkbox"/> Non	Si non : Année du diagnostic précédent _____	Diagnostic précédent posé :	1 <input type="checkbox"/> au Canada	Traitement antérieur terminé ou guérison :
			2 <input type="checkbox"/> dans un autre pays : _____	1 <input type="checkbox"/> Oui 2 <input type="checkbox"/> Non 9 <input type="checkbox"/> Donnée inconnue	1 <input type="checkbox"/> Oui 2 <input type="checkbox"/> Non 9 <input type="checkbox"/> Donnée inconnue
				Si oui, dernier jour du traitement précédent	Année Mois Jour

Traitement précédent par (cochez tous les antibiotiques utilisés) :	INH EMB RMP PZA	Abus connu ou soupçonné d'une substance	1 <input type="checkbox"/> Oui 2 <input type="checkbox"/> Non 9 <input type="checkbox"/> Donnée inconnue
Streptomycine Éthionamide Moxifloxacine Kanamycine PAS Linézolide Capréomycine Rifabutine Ofoxacine Amikacine	Autre (précisez) _____	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
Autre (précisez) _____	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

19. Recherche de cas	1 <input type="checkbox"/> Symptômes compatibles avec siège de la maladie	2 <input type="checkbox"/> Observation accidentelle	Diagnostic précédent posé :	1 <input type="checkbox"/> au Canada	Traitement antérieur terminé ou guérison :
3 <input type="checkbox"/> Post-mortem	4 <input type="checkbox"/> Recherche des contacts	2 <input type="checkbox"/> dans un autre pays : _____	1 <input type="checkbox"/> Oui 2 <input type="checkbox"/> Non 9 <input type="checkbox"/> Donnée inconnue	1 <input type="checkbox"/> Oui 2 <input type="checkbox"/> Non 9 <input type="checkbox"/> Donnée inconnue	1 <input type="checkbox"/> Oui 2 <input type="checkbox"/> Non 9 <input type="checkbox"/> Donnée inconnue
5 <input type="checkbox"/> Surveillance médicale de l'Immigration	7 <input type="checkbox"/> Dépistage au travail		Si oui, dernier jour du traitement précédent	Année Mois Jour	Année Mois Jour
1 <input type="checkbox"/> Examen médical initial de l'Immigration effectué à l'extérieur du Canada	8 <input type="checkbox"/> Autre type de dépistage	3 <input type="checkbox"/> Test refusé 4 <input type="checkbox"/> Test non offert	3 <input type="checkbox"/> Test refusé 4 <input type="checkbox"/> Test non offert	Année Mois Jour	Année Mois Jour
2 <input type="checkbox"/> Examen médical initial de l'Immigration effectué au Canada	9 <input type="checkbox"/> Autre (précisez) _____	5 <input type="checkbox"/> Donnée inconnue	5 <input type="checkbox"/> Donnée inconnue	Année Mois Jour	Année Mois Jour
10 <input type="checkbox"/> Donnée inconnue		Abus connu ou soupçonné d'une substance	1 <input type="checkbox"/> Oui 2 <input type="checkbox"/> Non 9 <input type="checkbox"/> Donnée inconnue	Année Mois Jour	Année Mois Jour
		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	Année Mois Jour	Année Mois Jour
		Détention en milieu correctionnel au moment du diagnostic	1 <input type="checkbox"/> Oui 2 <input type="checkbox"/> Non 9 <input type="checkbox"/> Donnée inconnue	Année Mois Jour	Année Mois Jour
		Diabète sucré de type 1 ou 2	1 <input type="checkbox"/> Oui 2 <input type="checkbox"/> Non 9 <input type="checkbox"/> Donnée inconnue	Année Mois Jour	Année Mois Jour
		Immunosuppression associée à une transplantation	1 <input type="checkbox"/> Oui 2 <input type="checkbox"/> Non 9 <input type="checkbox"/> Donnée inconnue	Année Mois Jour	Année Mois Jour
		Insuffisance rénale terminale	1 <input type="checkbox"/> Oui 2 <input type="checkbox"/> Non 9 <input type="checkbox"/> Donnée inconnue	Année Mois Jour	Année Mois Jour
		Prise prolongée ( 3 mois) de corticostéroïdes (prednisone, 15 mg/jour ou l'équivalent)	1 <input type="checkbox"/> Oui 2 <input type="checkbox"/> Non 9 <input type="checkbox"/> Donnée inconnue	Année Mois Jour	Année Mois Jour
		Radiographie pulmonaire antérieure anormale (maladie fibronodulaire ou granulome)	1 <input type="checkbox"/> Oui 2 <input type="checkbox"/> Non 9 <input type="checkbox"/> Donnée inconnue	Année Mois Jour	Année Mois Jour
		Sans-abri (au moment du diagnostic ou dans les 12 mois précédents)	1 <input type="checkbox"/> Oui 2 <input type="checkbox"/> Non 9 <input type="checkbox"/> Donnée inconnue	Année Mois Jour	Année Mois Jour
		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	Année Mois Jour	Année Mois Jour
		Autre (précisez) _____	1 <input type="checkbox"/> Oui 2 <input type="checkbox"/> Non 9 <input type="checkbox"/> Donnée inconnue	Année Mois Jour	Année Mois Jour