



## Résultat du traitement d'un nouveau cas de tuberculose ou d'un cas de retraitement

CONFIDENTIEL  
UNE FOIS REMPLI

EN VIGUEUR À COMPTER DE JANVIER 2011

<b>1. Province/territoire déclarant</b>	<b>2. Numéro au registre central</b>	<b>3. ID unique du malade</b>	<b>4. Date de naissance</b> Année      Mois      Jour	<b>5. Sexe</b> Masculin      Féminin 1 <input type="checkbox"/> 2 <input type="checkbox"/>																				
<b>6. Si le cas a été transféré de la province/du territoire de diagnostic, veuillez indiquer la province/le territoire où le traitement a été dispensé</b>		<b>7. Numéro au registre central</b> (si différent de 2 ci-dessus)	<b>8. ID unique du malade</b> (si différent de 3 ci-dessus)																					
<b>9. Date de cas provinciale/territoriale</b> Année      Mois      Jour		<b>10. Date de début du traitement</b> Année      Mois      Jour	<b>11. Dernier jour du traitement</b> Année      Mois      Jour																					
<b>12. Apparition d'une résistance durant le traitement?</b> 1 <input type="checkbox"/> Oui      2 <input type="checkbox"/> Non		<b>13. Quel a été le résultat du traitement? (Ne cochez qu'une réponse)</b>																						
<p><b>Si oui, veuillez cocher le(s) médicament(s) (cochez toutes les cases pertinentes)</b></p> <table border="1"> <tr> <td><input type="checkbox"/> INH</td> <td><input type="checkbox"/> EMB</td> <td><input type="checkbox"/> RMP</td> <td><input type="checkbox"/> PZA</td> </tr> <tr> <td><input type="checkbox"/> Streptomycine</td> <td><input type="checkbox"/> PAS</td> </tr> <tr> <td><input type="checkbox"/> Kanamycine</td> <td><input type="checkbox"/> Rifabutine</td> </tr> <tr> <td><input type="checkbox"/> Capréomycine</td> <td><input type="checkbox"/> Amikacine</td> </tr> <tr> <td><input type="checkbox"/> Ofloxacine</td> <td><input type="checkbox"/> Moxifloxacine</td> </tr> <tr> <td><input type="checkbox"/> Éthionamide</td> <td><input type="checkbox"/> Linézolid</td> </tr> <tr> <td colspan="4">Autre (précisez) _____</td> </tr> <tr> <td colspan="4"><input type="checkbox"/> Donnée inconnue</td> </tr> </table>		<input type="checkbox"/> INH	<input type="checkbox"/> EMB	<input type="checkbox"/> RMP	<input type="checkbox"/> PZA	<input type="checkbox"/> Streptomycine	<input type="checkbox"/> PAS	<input type="checkbox"/> Kanamycine	<input type="checkbox"/> Rifabutine	<input type="checkbox"/> Capréomycine	<input type="checkbox"/> Amikacine	<input type="checkbox"/> Ofloxacine	<input type="checkbox"/> Moxifloxacine	<input type="checkbox"/> Éthionamide	<input type="checkbox"/> Linézolid	Autre (précisez) _____				<input type="checkbox"/> Donnée inconnue				<p>1 <input type="checkbox"/> Guérison – culture négative à la fin du traitement*</p> <p>2 <input type="checkbox"/> Traitement terminé – sans culture à la fin du traitement*</p> <p>3 <input type="checkbox"/> Décès avant ou durant le traitement Date du décès Année      Mois      Jour</p> <p>4 <input type="checkbox"/> Transfert dans un autre pays – résultat du traitement inconnu (précisez quel nouveau pays) _____</p> <p>5 <input type="checkbox"/> Échec – culture positive après 4 mois ou plus de traitement</p> <p>6 <input type="checkbox"/> Abandon (cas perdu de vue avant qu'il ait pris 80 % des doses)</p> <p>7 <input type="checkbox"/> Traitement en cours      8 <input type="checkbox"/> Traitement discontinué en raison d'un événement défavorable</p> <p>9 <input type="checkbox"/> Autre (précisez) _____</p> <p>10 <input type="checkbox"/> Résultat inconnu</p>
<input type="checkbox"/> INH	<input type="checkbox"/> EMB	<input type="checkbox"/> RMP	<input type="checkbox"/> PZA																					
<input type="checkbox"/> Streptomycine	<input type="checkbox"/> PAS																							
<input type="checkbox"/> Kanamycine	<input type="checkbox"/> Rifabutine																							
<input type="checkbox"/> Capréomycine	<input type="checkbox"/> Amikacine																							
<input type="checkbox"/> Ofloxacine	<input type="checkbox"/> Moxifloxacine																							
<input type="checkbox"/> Éthionamide	<input type="checkbox"/> Linézolid																							
Autre (précisez) _____																								
<input type="checkbox"/> Donnée inconnue																								
<p>*S'il s'agit d'une TB-MR, veuillez consulter les lignes directrices pour les définitions</p>																								
<b>14. Régime thérapeutique (pour les médicaments pris pendant ≥ 1 mois) (veuillez cocher toutes les réponses pertinentes)</b>		<b>15. Principale modalité de traitement :</b>																						
<table border="1"> <tr> <td><input type="checkbox"/> INH</td> <td><input type="checkbox"/> EMB</td> <td><input type="checkbox"/> RMP</td> <td><input type="checkbox"/> PZA</td> </tr> <tr> <td><input type="checkbox"/> Streptomycine</td> <td><input type="checkbox"/> PAS</td> </tr> <tr> <td><input type="checkbox"/> Kanamycine</td> <td><input type="checkbox"/> Rifabutine</td> </tr> <tr> <td><input type="checkbox"/> Capréomycine</td> <td><input type="checkbox"/> Amikacine</td> </tr> <tr> <td><input type="checkbox"/> Ofloxacine</td> <td><input type="checkbox"/> Moxifloxacine</td> </tr> <tr> <td><input type="checkbox"/> Éthionamide</td> <td><input type="checkbox"/> Linézolid</td> </tr> <tr> <td colspan="2">Aucun médicament prescrit      <input type="checkbox"/> Donnée inconnue</td> </tr> <tr> <td colspan="2">Autre (précisez) _____</td> </tr> </table>		<input type="checkbox"/> INH	<input type="checkbox"/> EMB	<input type="checkbox"/> RMP	<input type="checkbox"/> PZA	<input type="checkbox"/> Streptomycine	<input type="checkbox"/> PAS	<input type="checkbox"/> Kanamycine	<input type="checkbox"/> Rifabutine	<input type="checkbox"/> Capréomycine	<input type="checkbox"/> Amikacine	<input type="checkbox"/> Ofloxacine	<input type="checkbox"/> Moxifloxacine	<input type="checkbox"/> Éthionamide	<input type="checkbox"/> Linézolid	Aucun médicament prescrit <input type="checkbox"/> Donnée inconnue		Autre (précisez) _____		<p>1 <input type="checkbox"/> Modifiée</p> <p>2 <input type="checkbox"/> Standard</p> <p>3 <input type="checkbox"/> Améliorée</p> <p>8 <input type="checkbox"/> Autre (précisez) _____</p> <p>9 <input type="checkbox"/> Modalité inconnue</p>				
<input type="checkbox"/> INH	<input type="checkbox"/> EMB	<input type="checkbox"/> RMP	<input type="checkbox"/> PZA																					
<input type="checkbox"/> Streptomycine	<input type="checkbox"/> PAS																							
<input type="checkbox"/> Kanamycine	<input type="checkbox"/> Rifabutine																							
<input type="checkbox"/> Capréomycine	<input type="checkbox"/> Amikacine																							
<input type="checkbox"/> Ofloxacine	<input type="checkbox"/> Moxifloxacine																							
<input type="checkbox"/> Éthionamide	<input type="checkbox"/> Linézolid																							
Aucun médicament prescrit <input type="checkbox"/> Donnée inconnue																								
Autre (précisez) _____																								
<b>16. Taux estimatif d'observance (% des médicaments pris)</b>																								
<p>1 <input type="checkbox"/> 80 %+      2 <input type="checkbox"/> 50-79 %      3 <input type="checkbox"/> &lt; 50 %      9 <input type="checkbox"/> Taux inconnu</p>																								
<b>17. Résultats de l'enquête sur les contacts</b>		<b>Les contacts étroits</b>	<b>Les contacts occasionnels</b>	<b>Les contacts sociaux</b>																				
<b>Nombre total de contacts recensés</b> .....																								
Nombre de contacts évalués .....																								
Nombre de cas de tuberculose active détectés chez les contacts .....																								
Nombre de contacts chez qui une infection tuberculeuse latente a été diagnostiquée .....																								
Nombre de contacts qui commencent un traitement .....																								
Nombre de contacts qui terminent un traitement .....																								