



Médecin ou biologiste déclarant (tampon)	Si notification par un biologiste
Nom : _____	Nom : _____
Établissement / service : _____	Établissement / service : _____
Adresse : _____	Adresse : _____
Tél/Fax : _____	Tél/Fax : _____
Signature : _____	Signature : _____



IMPORTANT : cette maladie justifie une intervention urgente locale, nationale ou internationale. Vous devez la signaler par tout moyen approprié (téléphone, fax...) au médecin inspecteur de la DASS-NC. Cette fiche peut être utilisée pour notifier les cas isolés et les cas groupés. Elle doit être complétée par le déclarant en fonction des informations dont il dispose au moment de la notification, et par la DASS-NC en fonction des données de l'enquête effectuée.

Déclaration initiale :

Nom : _____ Prénom : _____ Sexe : M F
 Date de naissance : ____ / ____ / ____ Lieu de naissance : _____ Communauté : _____
 Date d'arrivée en Nouvelle-Calédonie (s'il y a lieu) : ____ / ____ / ____ Couverture sociale : _____
 Adresse principale : _____ n° 100 % : _____
 Adresse(s) secondaire(s) : _____
 Téléphone(s) : _____ Profession : _____ Employeur : _____
 Lieu de travail ou de scolarisation : _____

Antécédents (plusieurs réponses possibles) :

jamais traité pour tuberculose
 a déjà été traité *⇒ préciser, si connu :*
 de ____ / ____ / ____ à ____ / ____ / ____
 traitement achevé
 traitement interrompu avant la fin
 résistance antérieure : à H R E Z
 : autres : _____
 patient arrivé en NC en cours de traitement

Sérologie VIH : connue ou cherchée inconnue

Circonstances du diagnostic (plusieurs réponses possibles) :

radio / examen systématique
 signes cliniques ayant poussé le patient à consulter
 enquête autour d'un cas autres cas

Contaminateur : inconnu possible ou probable
 (qui ? _____)

Forme de tuberculose (plusieurs réponses possibles) :

PIT latente IDR ≥ 15 mm
 \nearrow de plus de 10 mm entre 2 dernières IDR
 virage de l'IDR de négatif à positif
 IDR phlycténulaire
 autres cas

pulmonaire ganglionnaire médiastinale
 miliaire autre ganglionnaire
 pleurale neuro-méningée
 autre : _____

Histologie :

Tissu : _____
 Résultat : positif en faveur négatif

Bactériologie :	Ex. Direct	Culture	Identification	
Crachats / Tubages G	+ - NF	+ - EC NF	M.t. M.a.	
Fibro bronchique	+ - NF	+ - EC NF	M.t. M.a.	
Autre prélèvt (précisez) :	+ - NF	+ - EC NF	M.t. M.a.	
Pour les ED+	à M2 (ou en cours de Ttt)	+ - NF	+ - EC NF	M.t. M.a.
	à M5 (ou en fin de Ttt)	+ - NF	+ - EC NF	M.t. M.a.

NF : non fait - EC : en cours - M.t. : M. tuberculosis - M.a. : M. atypique

Antibiogramme : non fait
 fait : résistance à : _____

Traitement : H : Isoniazide - R : Rifampicine - E : Ethambutol - Z : Pyrazinamide - S : Streptomycine
 DOT : traitement pris sous l'observation quotidienne d'un tiers (au moins 5 jours sur 7)

Traitement d'épreuve oui non
 DOT nécessaire : oui non
 Protocole débuté : 2HRZ / 4HR 2HREZ / 4HR
 autre : _____
 Date de début de traitement : ____ / ____ / ____

Médecins assurant la surveillance du traitement :

Généraliste : _____
 Spécialiste : _____
 Nom-Tél Référent DOT : _____

Date DO initiale : ____ / ____ / ____
 Nom (cachet) et signature du médecin déclarant : _____

Déclaration complémentaire : de M2 de M5 de fin de traitement

merci de compléter la déclaration initiale (bactério, ...) et de remplir le formulaire ci-dessous

Type de suivi : DOT faite du ____ / ____ / ____ au ____ / ____ / ____ surveillance 1 ou 2 fois / semaine
 autre : _____

Protocole suivi : 2HRZ / 4 HR 2HREZ / 4HR Autre : _____

Effets secondaires notables :

Situation du patient :

traitement achevé le ____ / ____ / ____
 doute sur observance séquelles fonctionnelles
 échec (toujours ED+ à M5 ou plus)
 abandon du traitement par le patient depuis ≥ 2 mois
 arrêt du traitement par le médecin sur effets secondaires

perdu de vue depuis le ____ / ____ / ____
 diagnostic modifié
 décès due à la tuberculose
 décès due à une autre cause
 départ hors de Nouvelle Calédonie
 autre cas :

Observations :

Date DO complémentaire : ____ / ____ / ____ Nom (cachet) et signature du médecin déclarant : _____