



À renvoyer d'ici une semaine au
médecin cantonal (pas directe-
ment à l'OFSP).^a

Tuberculose (TB) Déclaration complémentaire

Patient/e

Nom/prénom: _____ date de naissance: ____/____/____ sexe: ☐ f ☐ m

Rue: _____ NPA/domicile: _____ canton: _____ tél.: _____

Évolution

Date du début du traitement: ____/____/____

Date de l'évaluation clinique: ____/____/____

Résultat du traitement / fin du traitement: ____/____/____

Date de la dernière prise de comprimés: ____/____/____

Résultat du traitement

Veuillez ne cocher qu'une seule réponse.

☐ **Tuberculose pulmonaire guérie:** tuberculose pulmonaire bactériologiquement confirmée lors du début du traitement, complètement traitée selon les directives et dont la réussite a été attestée microbiologiquement. En cas de tuberculose résistante, des cultures doivent justifier la conversion.

☐ **Traitement terminé:** patient pour lequel le traitement est jugé cliniquement efficace et qui a été entièrement effectué selon les directives, mais pour lequel une confirmation microbiologique n'est pas possible ou pas raisonnable.

☐ **Échec de traitement:** patient devant changer de traitement à l'isoniazide, à la rifampicine, à l'éthambutol et/ou pyrazinamide, car

☐ le traitement n'a pas d'effet clinique et/ou les cultures restent positives ;

☐ les médicaments ont provoqué des effets indésirables ;

☐ le laboratoire déclare des résistances.

☐ **Décès:** décès dû à la tuberculose ou à d'autres causes avant le début du traitement ou pendant ce dernier.

☐ **Interruption du traitement:** interruption du traitement pendant au moins deux mois de suite.

☐ **Transfert à une autre unité de traitement**

Nom/prénom du nouveau médecin traitant: _____

Rue: _____

NPA/localité: _____ Canton: _____

☐ **Résultat du traitement inconnu:** cas ne pouvant pas être attribué à l'une des catégories ci-dessus.

☐ **Pas de tuberculose:** Les résultats d'analyse de laboratoire montrent au fil du temps qu'il ne s'agit pas d'une tuberculose (p. ex. mycobactéries atypiques, contamination, erreur d'analyse).

Remarques

Médecin traitant

Nom, adresse, tél. ou timbre

Date: ____/____/____

Médecin cantonal

Date: ____/____/____

^a Formulaires: versions actualisées disponibles sous : <https://www.bag.admin.ch/infreporting>