

# ÉVALUATION CLINIQUE CAS SUSPECT/CONTACT D'UN CAS DE TB ACTIVE

## Section 1 – RENSEIGNEMENTS PERSONNELS

Sexe :  M  F No de téléphone : \_\_\_\_\_ Identifiant Facebook ou courriel : \_\_\_\_\_  
 No maison : \_\_\_\_\_ Nb de résidents : \_\_\_\_\_ Nb de chambres : \_\_\_\_\_  
 Raison d'évaluation :  Contact d'un cas actif  Recherche d'un cas source  Sur demande d'un professionnel  
 Sur demande du patient  Autre : \_\_\_\_\_

**CAS INDEX** Date de naissance : aaaa / mm / jj No dossier : \_\_\_\_\_ Date de Diagnostic : aaaa / mm / jj  
 Informations RXP :  Cavitaire  Non cavitaire BK :  Frottis (+)  Frottis (-)  Culture (+)  Culture (-)  Inconnu

### LIEU ET CARACTÉRISATION DU CONTACT (plus d'une réponse possible)

Maison du cas index  Autre maison  Travail  École/Garderie  Groupe social  Autre : \_\_\_\_\_  
 Endroit(s) de contact (préciser, ex. : no maison, école primaire / classe, employeur) : \_\_\_\_\_  
 Si *Maison du cas index* ou *Autre maison*, dort dans la même chambre? :  N  O  
 Fréquence de contact<sup>1</sup> (par sem.) : \_\_\_\_\_ Durée de contact : \_\_\_\_\_ hres Date du dernier contact : aaaa / mm / jj

### ANTÉCÉDENTS

Vaccination BCG :  N  O Date(s) : aaaa / mm / jj aaaa / mm / jj aaaa / mm / jj  
 TB active antérieure :  N  O Année : \_\_\_\_\_ Traitement complété  N  O Conforme (%) \_\_\_\_\_  
 TB latente antérieure :  N  O Année : \_\_\_\_\_ Traitement complété **INH** ou **RIF**  N  O Conforme (%) \_\_\_\_\_  
 TCT antérieur<sup>2</sup> :  N  O Date : aaaa / mm / jj Résultat : mm Date : aaaa / mm / jj Résultat : mm  
 Date : aaaa / mm / jj Résultat : mm Date : aaaa / mm / jj Résultat : mm  
 Quantiféron antérieur :  N  O Date : aaaa / mm / jj Résultat : \_\_\_\_\_ Date : aaaa / mm / jj Résultat : \_\_\_\_\_

### PROBLÈMES MÉDICAUX ACTUELS

Aucun  Inconnu  Autre : \_\_\_\_\_  
 Allergie connue à antituberculeux  Cancer tête/cou  Diabète  Receveur d'organe sous Tx  
 Insuffisance rénale chronique  Maladie hépatique  Immunodéficience immunosuppresseur

### MÉDICAMENTS PRIS ACTUELLEMENT

Aucun  Autre : \_\_\_\_\_  
 Anticonvulsif (préciser) : \_\_\_\_\_  Contraception hormonale (préciser) : \_\_\_\_\_  
 Corticostéroïdes (préciser) : \_\_\_\_\_  Immunosuppresseur (préciser) : \_\_\_\_\_  
 Grossesse ?  N  O  N/A

----- Une fois l'information complétée, envoyer la section 1 à la DSPu<sup>3</sup> -----

## Section 2 – FACTEURS DE RISQUE

Tabagisme  N  O Cigarettes par jour : \_\_\_\_\_  
 Consommation d'alcool  N  O Quantité / Fréquence : \_\_\_\_\_  
 Consommation de cannabis  N  O Quantité / Fréquence : \_\_\_\_\_ Lieu : \_\_\_\_\_  
 Fréquentation de lieux de rassemblement  N  O (p. ex. : maisons de jeu, consommation de cannabis en groupe, etc.)  
 Préciser les lieux si possible (no de maison, nom du propriétaire) : \_\_\_\_\_

### AUTRES FACTEURS DE RISQUE au cours des 2 dernières années : Aucun

Sans-abri (en ville)  
 Incarcération antérieure. Préciser lieux/dates : \_\_\_\_\_  
 Séjour dans autre(s) communauté(s) du Nunavik/Nunavut/extérieur de la région. Préciser lieux / dates : \_\_\_\_\_

<sup>1</sup> Important de bien remplir la fréquence (nombre de visites par semaine), la durée (nombre d'heures habituel de ces visites) et la date de dernier contact.

<sup>2</sup> Ne pas considérer le Tine test.

<sup>3</sup> Adresses d'envoi à la DSPu : [tuberculose-santepublique.nrbhss@ssss.gouv.qc.ca](mailto:tuberculose-santepublique.nrbhss@ssss.gouv.qc.ca) et [tuberculose.saisie.rr17@ssss.gouv.qc.ca](mailto:tuberculose.saisie.rr17@ssss.gouv.qc.ca)

(DSPu-TB\_DETECT-EVAL-CLIN, V2024-05-17)

### Section 3 – ÉVALUATION CLINIQUE INITIALE

#### SYMPTÔMES

Toux inhabituelle > 3 sem.  N  O Date de début : aaaa / mm / jj  
 Expectorations  N  O Durée      sem. Douleur thoracique  N  O Durée      sem.  
 Hémoptysie  N  O Durée      sem. Fièvre persistante  N  O Durée      sem.  
 Dyspnée  N  O Durée      sem. Sueurs nocturnes  N  O Durée      sem.  
 Perte de pds inexpliquée  N  O      kg Fatigue  N  O Durée      sem.

Autre : \_\_\_\_\_

#### EXAMEN PHYSIQUE

Poids actuel :      kg Poids antérieur :      kg Date : aaaa / mm / jj  
 Auscultation pulmonaire :  Normale  Anormale Préciser : \_\_\_\_\_  
 Examen physique (adénopathies, érythème noueux) : Préciser : \_\_\_\_\_  
 Date de l'évaluation : aaaa / mm / jj Infirmière : \_\_\_\_\_

Vaccin vivant atténué (RRO, RRO-Var, Zona, Typhoïde, Flumist) reçu dans les 4 dernières semaines<sup>4</sup>:  N  O → Date : aaaa / mm / jj

TCT #1 requis<sup>5</sup>  N  O TCT réalisé le : aaaa / mm / jj Heure :      No de lot :      Site :      Infirmière :       
 Lecture du TCT le : aaaa / mm / jj Heure :      Résultat TCT :      mm Infirmière :     

----- À l'issue de l'évaluation clinique initiale, envoyer les sections 1-2-3 à la DSPu<sup>3</sup> -----

### Section 4 – ÉVALUATION CLINIQUE DE SUIVI<sup>6</sup>

Date prévue : aaaa / mm / jj

#### SYMPTÔMES

Toux inhabituelle > 3 sem.  N  O Date de début : aaaa / mm / jj  
 Expectorations  N  O Durée      sem. Douleur thoracique  N  O Durée      sem.  
 Hémoptysie  N  O Durée      sem. Fièvre persistante  N  O Durée      sem.  
 Dyspnée  N  O Durée      sem. Sueurs nocturnes  N  O Durée      sem.  
 Perte de pds inexpliquée  N  O      kg Fatigue  N  O Durée      sem.

Autre : \_\_\_\_\_

#### EXAMEN PHYSIQUE

Poids actuel :      kg  
 Auscultation pulmonaire :  Normale  Anormale Préciser : \_\_\_\_\_  
 Examen physique (adénopathies, érythème noueux) : Préciser : \_\_\_\_\_  
 Date de l'évaluation : aaaa / mm / jj Infirmière : \_\_\_\_\_

Vaccin vivant atténué (RRO, RRO-Var, Zona, Typhoïde, Flumist) reçu dans les 4 dernières semaines<sup>3</sup>:  N  O → Date : aaaa / mm / jj

TCT #2 requis  N  O TCT réalisé le : aaaa / mm / jj Heure :      No de lot :      Site :      Infirmière :       
 Lecture du TCT le : aaaa / mm / jj Heure :      Résultat TCT :      mm Infirmière :     

### Section 5 – CONDUITE MÉDICALE À TENIR

RXP requis<sup>7</sup>  N  O Date RXP réalisé : aaaa / mm / jj  
 BK X 3 requis  N  O Dates : GeneXpert aaaa / mm / jj  
 Expecto #1 aaaa / mm / jj Expecto #2 aaaa / mm / jj Expecto #3 aaaa / mm / jj

#### Suivi médical :

Congé  Traitement ITL  
 Suivi clinico-radiologique  Prophylaxie  
 Traitement TB active période-fenêtre

#### Impression clinique :

\_\_\_\_\_  
 \_\_\_\_\_

SIGNATURE DU MÉDECIN : \_\_\_\_\_

DATE : aaaa / mm / jj

----- À l'issue de l'investigation complète, envoyer ce document à la DSPu<sup>3</sup> -----

<sup>4</sup> Si oui, administrer TCT le même jour ou 4 semaines après l'administration du vaccin en question (se référer au [PIQ](#)).

<sup>5</sup> Chez l'enfant < 5 ans vacciné BCG et identifié contact : si non déjà connu ITL, et asymptomatique avec une RXP normale, faire un TCT seulement à 8 semaines post-dernier contact (= à la fin de la période-fenêtre).

<sup>6</sup> À faire si TCT # 2 requis ou à la demande du médecin. Inscire la date prévue du rendez-vous à l'agenda.

<sup>7</sup> Toute radiographie pulmonaire (à 3 incidences) faite chez un individu ≥ 5 ans dans les 3 mois précédant le diagnostic du cas source présumé peut être considérée comme la radiographie initiale et ne pas être répétée lors de l'enquête, à la condition que cet individu **soit demeuré asymptomatique et que le cas source présumé soit à frottis négatif.**