



A renvoyer rempli d'ici une semaine au médecin cantonal (pas directement à l'OFSP).<sup>a</sup>

# Tuberculose (TB) Déclaration complémentaire

## Patient/e

Nom/prénom: \_\_\_\_\_ date de naissance: \_\_/\_\_/\_\_\_\_ sexe:  f  m

## Evolution

Date de début du traitement : \_\_\_\_/\_\_\_\_/\_\_\_\_

Date de l'évaluation du résultat du traitement : \_\_\_\_/\_\_\_\_/\_\_\_\_

## Résultat du traitement

*Veillez ne cocher qu'une seule réponse.*

- Tuberculose pulmonaire guérie** : tuberculose pulmonaire bactériologiquement confirmée lors du début du traitement, complètement traitée selon les directives de la Ligue pulmonaire suisse et de l'OFSP, et pour laquelle au moins deux échantillons prélevés l'un après l'autre à 7 jours d'intervalle n'ont pas révélé la présence de mycobactéries par examen microscopique. 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 de la Ligue pulmonaire suisse et de l'OFSP, 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 au 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.

## Remarques

## Médecin traitant

nom, adresse, tél./fax (ou timbre):

Date: \_\_\_\_/\_\_\_\_/\_\_\_\_ signature: \_\_\_\_\_

## Médecin cantonal

Date: \_\_\_\_/\_\_\_\_/\_\_\_\_ signature: \_\_\_\_\_

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