### Résultats tests enquête d’entourage: N° du cas TB…………….

|  |
| --- |
| **Résultat de** |
| Nom prénom |  |
| Né/e le |  |
| Adresse |  |
| Téléphone |  |
| Dernier contact avec le cas souche |  |
| Lieu de contact |  |
| Genre de relation |  |

|  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- |
| **Vaccination BCG**  | **[ ]** oui, date ………  | [ ]  non  | [ ]  inconnu |
| **Précédent test tuberculinique**  | **[ ]** oui, date : ….…. Résultat\*:……………… mm | [ ]  non  | [ ]  inconnu |
| **Précédent test sanguin (IGRA)**  | **[ ]** Test QuantiFERON-TB gold **[ ]** Test T.SPOT.TB**[ ]** oui, date : ………… , [ ]  non [ ]  inconnu  |
| Résultat: | [ ]  positif | [ ] négatif | [ ]  indéterminé |

|  |
| --- |
| **Résultats des tests\*\*** |
| **1.** | **Test tuberculinique\*\*\* de suite pour enfants de 1 mois à ≤ 12 ans.** | Application du test:Date: …………… | Lecture du test:Date: ……………. | Résultat\* …… mm |
| **2.** | **Test tuberculinique\*\*\* 2 mois après contact**- **Enfants de 1 mois à ≤ 12 ans****- Adultes > 12 ans.** | Application du test:Date: …………… | Lecture du test:Date: ……………. | Résultat\* …… mm |
| **3.** | **1er test** **sanguin****(IGRA)****sans délai**   | [ ]  Test QuantiFERON -TB-Gold Date: ………..**Résultat laboratoire:**IU/ml: .................... Mitogène: .................... **Infecté:**[ ]  oui [ ]  non [ ]  indéterminé | [ ]  Test T-SPOT.TB Date: ………….**Résultat laboratoire:**ESAT-6: .................... CFP-10: .................... **Infecté:**[ ]  oui [ ]  non [ ]  indéterminé |
| **4.** | **2ème Test sanguin (IGRA)****2 mois après contact** | [ ]  Test QuantiFERON -TB-Gold Date: ………..**Résultat laboratoire:**IU/ml: .................... Mitogène: .................... **Infecté:**[ ]  oui [ ]  non [ ]  indéterminé | [ ]  Test T-SPOT.TB Date: …………….**Résultat laboratoire:**ESAT-6: .................... CFP-10: .................... **Infecté:**[ ]  oui [ ]  non [ ]  indéterminé |
| **5.** | **Cliché thoracique** | Date: ……….…… Résultat:…….…………………………….……….. |
| \* **Veuillez indiquer le résultat du test tuberculinique en *mm*, *positif* ou *négatif* ne suffit pas.****\*\* Selon recommandations du « Manuel de la tuberculose » de la Ligue pulmonaire suisse et de l’OFSP (www.tbinfo.ch)****\*\*\* En cas d’immunosuppression, pas de temps d’attente et après 8 semaines effectuer seulement le test sanguin.**  |

**Mesures thérapeutiques convenues:**

Aucune [ ]  raisons ……………………………………………………………………………………………

Traitement d’une tuberculose infectieuse (ITB): oui [ ]  non [ ]

Si **oui**, au moyen de :

[ ]  **Isoniazide** pendant ….… mois  **ou**

[ ]  **Rifampicine** pendant ……. mois **ou**

[ ]  **Rifampicine et Isoniazide** pendant ……. mois

Début du traitement: …………

Remarques, autres mesures: …………………………………………………………………..………………………………………………………

Date: …………………….. Timbre et signature : ….………………………………………………………..