### 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 goldTest 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 : ….………………………………………………………..