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

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

|  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- |
| **Vaccination BCG BCG-Impfung** | 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