



À renvoyer d'ici une semaine au  
médecin cantonal (pas directe-  
ment à l'OFSP).<sup>a</sup>

## Tuberculose (TB) Déclaration complémentaire

### Patient/e

Nom/prénom: \_\_\_\_\_ Date de naissance: \_\_\_\_/\_\_\_\_/\_\_\_\_ Sexe:  f  m

### Évolution

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

Date de l'évaluation clinique: \_\_\_\_/\_\_\_\_/\_\_\_\_

Résultat du traitement / fin du traitement: \_\_\_\_/\_\_\_\_/\_\_\_\_

Date de la dernière prise de comprimés: \_\_\_\_/\_\_\_\_/\_\_\_\_

### 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 et dont la réussite a été attestée microbiologiquement. 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, 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 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.
- Pas de tuberculose:** Les résultats d'analyse de laboratoire montrent au fil du temps qu'il ne s'agit pas d'une tuberculose (p. ex. mycobactéries atypiques, contamination, erreur d'analyse).

### Remarques

### Médecin traitant

Nom, adresse, tél. ou timbre

Date: \_\_\_\_/\_\_\_\_/\_\_\_\_ Signature: \_\_\_\_\_

### Médecin cantonal

Date: \_\_\_\_/\_\_\_\_/\_\_\_\_ Signature: \_\_\_\_\_