Critères de notification	
Une des trois conditions ci-dessous : - Mise en évidence du bacille acido-alcoolo-résistant à l'examen direct, ou du *Mycobacterium tuberculosis ou M. bovis* par culture ou par PCR - Décision thérapeutique argumentée - Radiographie pulmonaire ou autre examen d'imagerie en faveur d'une tuberculose	**Important :** Cette maladie doit faire l'objet **d'un signalement immédiat** au médecin désigné de la Direction de la santé, par tout moyen approprié (tél, fax...), en plus de l'envoi de la présente notification.

Polynésie française
Ministère chargé de la santé
Direction de la santé

Maladie à déclaration obligatoire

TUBERCULOSE

Médecin ou biologiste déclarant (tampon)	**Si notification par un biologiste**
Nom : Etablissement/service : Adresse : Tel/Fax : Signature :	Nom du clinicien: Etablissement/service : Adresse : Tel/Fax :

Médecin de la Direction de la santé
Date d'enregistrement Nom, tampon et signature :

Nom : ..... Prénom : ..... Sexe ❑M ❑F DDN Numéro DN
Adresse géographique : ..... Tel : .....
Commune de résidence : ..... Ile / Pays : .....
Date de notification Code d'anonymat *(à remplir par la DS)*

Régime de prise en charge ❑ RST ❑ RSN ❑ RS ❑ Sécurité sociale ❑ Autre : .....

Antécédents
BCG ❑ vacciné date ❑ cicatrice présente ❑ inconnu ❑ non vacciné
Tuberculose traitée : ❑ non ❑ oui, année de traitement : ❑ interrompu avant la fin ❑ achevé ❑ inconnu
Traitement préventif ou chimioprophylaxie : ❑ oui ❑ non Médicaments : ..... Durée : .....
Contact antérieur avec un tuberculeux connu ❑ oui / N° de dossier : ..... ❑ non
Sérologie VIH : ❑ faite ❑ non faite Résultat : ❑ positif ❑ négatif

Diagnostic Date de début des symptômes Date de première consultation
Circonstances de découverte **:** ❑ consultation pour symptômes ❑ examen systématique ❑ enquête autour d'un cas
Nature des symptômes : ❑ toux ❑ sueurs ❑ fièvre ❑ asthénie ❑ hémoptysie ❑ amaigrissement

Localisation(s)
❑ pulmonaire ❑ ganglionnaire ❑ méningée
❑ miliaire ❑ ganglionnaire autre ❑ digestive
❑ pleurale ❑ ostéo-articulaire ❑ génito-urinaire
❑ autre : .....

Aspect radiologique des lésions thoraciques :
❑ caverne ❑ miliaire ❑ image normale
❑ nodule ❑ pleurésie ❑ autre
❑ infiltrat simple ❑ adénopathie hilaire

Bactériologie

Nature du prélèvement	Date	Examen direct		Culture				Diagnostic moléculaire (PCR)			
		Positif	Négatif	Positive	Négative	En cours	Non faite	Positif	Négatif	En cours	Non fait
Expectoration 1		❑	❑	❑	❑	❑	❑	❑	❑	❑	❑
Expectoration 2		❑	❑	❑	❑	❑	❑	❑	❑	❑	❑
Expectoration 3		❑	❑	❑	❑	❑	❑	❑	❑	❑	❑
Tubage		❑	❑	❑	❑	❑	❑	❑	❑	❑	❑
Fibro-aspiration		❑	❑	❑	❑	❑	❑	❑	❑	❑	❑
Autre, préciser :		❑	❑	❑	❑	❑	❑	❑	❑	❑	❑

Antibiogramme en début de traitement : ❑ oui ❑ non ❑ non fait
Si oui, résistance à : ❑ la rifampicine ❑ l'isoniazide ❑ l'ethambutol ❑ le pyrazinamide

Co-infections ❑ Hépatite B ❑ Hépatite C

Eléments épidémiologiques
Type d'habitat ❑ maison ❑ appartement ❑ collectivité Nombre de pièces d'habitation Nombre de personnes au domicile
Type d'activité (métier, école, sport,...) : ..... Lieu précis de l'activité : .....

Traitement H : Isoniazide R : Rifampicine E : Ethambutol Z : Pyrazinamide S : Streptomycine DOT : traitement pris sous l'observance quotidienne d'un tiers (au moins 5j/7)
Traitement : ❑ accepté ❑ refusé
DOT nécessaire : ❑ oui ❑ non Médecin assurant la surveillance du traitement : .....
Traitement débuté : ❑ à l'hôpital ❑ au dispensaire ❑ au CCSMIT ❑ en ambulatoire Date de début de traitement
Protocole : ❑ 2HRZ / 4HR ❑ 2HREZ / 4HR ❑ autre : .....

Fin de traitement (à remplir par la DS)
Type de suivi : ❑ DOT faite du au
❑ surveillance 1 à 2 fois / semaine ❑ autre : .....
Effets secondaires notables : .....
Situation du patient **:**
❑ traitement achevé le ❑ doute sur l'observance ❑ séquelles fonctionnelles
❑ abandon du traitement par le patient depuis ≥ 2 mois ❑ décès dû à la tuberculose
❑ arrêt du traitement par le médecin sur effets secondaires ❑ décès dû à une autre cause
❑ échec (toujours ED+ à M5 ou plus) ❑ perdu de vue depuis le
❑ diagnostic modifié ❑ départ hors Polynésie française
Surveillance thérapeutique réalisée à : ❑ M9 ❑ M18 ❑ M30 ❑ autre cas : .....