

**Fiche navette**

ARS - CLAT

|  |  |
| --- | --- |
| [ ]  Expéditeur [x]  Destinataire | [x]  Expéditeur [ ]  Destinataire |
| **ARS SIEGE**Point Focal Régionalars75-alerte@ars.sante.fr **Tél** : 0 800 811 411 **Fax** : 01 44 02 06 76 | **CLAT :** **Référent de l’enquête :**Fax : Tél :Courriel :  |

**Date de notification** **du cas** **au CLAT** : ……………………………………………………………………………………

**Numéro de DO** : …………………………

|  |
| --- |
| **ENQUETE AUTOUR D’UN CAS COMPORTANT DES CRITERES D’ALERTE** |
| Tuberculose résistante (MDR ou XDR) |[ ]  Cas index ayant pris l’avion de ou pour l’étranger pendant la période de contagion |  [ ]  |
| Cas index exerçant une profession médicale ou sanitaire ou sociale | [ ]  | Personnes contacts à l’étranger |[ ]
| Cas index résidant en campement de fortune | [ ]  |  |
| **ENQUETE AUTOUR D’UN CAS COMPORTANT UN RISQUE MEDIATIQUE** |
| Tuberculose dans les collectivité de jeunes enfants ou en maternité |[ ]  Tuberculose en milieu pénitentiaire (chez le détenu ou un agent) |[ ]
| Tuberculose grave de l’enfant (méningites, miliaire) |[ ]  Taux anormalement élevé d’ITL ou de TM secondaires suite à un dépistage autour d’un cas |[ ]
| Cas groupés de tuberculose |[ ]   |

|  |
| --- |
| **CARACTERISTIQUES DU CAS INDEX** |
| Sexe :  |  [ ]  F [ ]  M | âge :       |  |
| Commune : |       |
| **MILIEU DE VIE** | **ACTIVITES** |
| Familial |[ ]  Milieu professionnel |[ ]
| Vit seul |[ ]  Sans activité |[ ]
| Structure d’hébergement pour personnes âgées |[ ]  Milieu scolaire (tous niveaux d’enseignement) |[ ]
|  Structure d’hébergement pour personnes handicapées |[ ]  Enfant préscolaire (crèche, assistante maternelle, halte-garderie) |[ ]
| Centre d’hébergement, foyer |[ ]  Activités périscolaires (centre de loisirs, colonies de vacances) |[ ]
| Milieu de soins |[ ]  Profession en milieu de soins |  [ ]  |
| Sans domicile fixe |[ ]  Profession à caractère social |  [ ]  |
| Milieu carcéral |[ ]  Vol aérien (=> remplir la fiche « contacts internationaux ») |[ ]
| Campement de fortune |[ ]  Autre, préciser :       |[ ]
| **COORDONNEES DE LA COLLECTIVITE** | **COORDONNEES DE LA COLLECTIVITE** |
| Nom :      Commune :       | Nom :      Commune :      Activité exercée par le cas / Classe / Section :       |

|  |
| --- |
| **LA MALADIE** |
| * **LOCALISATION(S) :** respiratoire[ ]  extra-respiratoire [ ]
* **ATTEINTE PULMONAIRE** [ ]  oui [ ]  non
 |
| [ ] Contagieuse | Date de début de la toux : Cliquez ici pour entrer une date. |
| [ ] Non contagieuse | Préciser :       |
| * **ATCD TUBERCULOSE (> à 1 an)** [ ] oui [ ]  non
* **ATCD CONTAGE TUBERCULEUX** [ ]  oui [ ]  non
 |
| * **IMAGERIE : RP** [ ]  oui [ ]  non  **Présence de cavernes** [ ]  oui [ ]  non  **TDM** [ ]  oui [ ]  non
* **CONCLUSION(S) DES EXAMENS D’IMAGERIE :**
 |
| * **BIOLOGIE :**
	+ Expectorations[ ] LBA [ ] , tubage [ ]  non faite [ ]  autres, préciser
	+ **Examen direct :** positif [ ]  négatif [ ]  Nombre de BAAR/champs  :
	+ **PCR :**  oui [ ]  non [ ]  **Présence de** **Mycobacterium tuberculosis :**  oui [ ]  non [ ]
		- **Recherche d’une mutation :** oui [ ]  non [ ]  si oui laquelle :
	+ **Culture :**  oui [ ]  non [ ]
		- **Recherche d’une mutation :** oui [ ]  non [ ]
 |
| * **DATE DE MISE EN ROUTE DU TRAITEMENT :**  Cliquez ici pour entrer une date.
* **DATE DE DEBUT DE CONTAGIOSITE :** Cliquez ici pour entrer une date.
 |
| * **TRAITEMENT :**
 |
| * **RESISTANCE AUX ANTIBIOTIQUES :**

[ ] Isoniazide[ ] Rifampicine[ ] Fluoroquinolone[ ] Aminoside | [ ] à la culture initiale[ ] apparition en cours de traitement |
| * **Comorbidités associées**
 |
| * **Parcours de soin en amont du diagnostic :**
 |

|  |
| --- |
| **MESURES MISES EN PLACE** (actions prévues, dates, lieux du dépistage, etc…) |
| Partenaires informés du dépistage (médecin du travail, médecine scolaire…) : oui [ ]  non [ ] Dépistage sur site : oui [ ]  non [ ]  date Cliquez ici pour entrer une date.Réunion d’information auprès du public : oui [ ]  non [ ]  date Cliquez ici pour entrer une date.Invitation des sujets contacts au dépistage : oui [ ]  non [ ]  date Cliquez ici pour entrer une date. |
| **DEROULE DE L’ENQUETE** |
| Entretien avec le cas index : oui [ ]  non [ ]  réalisé au lit du malade : oui [ ]  non [ ] Sujets contacts identifiés : Totalement [ ]  Partiellement [ ]  Non [ ] Nombre de sujets contacts identifiés :       Adhésion des sujets contacts au dépistage : [ ] Oui [ ]  Non / Si non date de relance Cliquez ici pour entrer une date.Nombre de sujets de + 18 ans dépistés      Nombre de sujets de -18 ans dépistés       dont nombre sujets de moins de 2 ans mis sous traitement préventif      Nombre d’ITL diagnostiquées       Nombre d’ITL traitées      Nombre de TM secondaires diagnostiquées       |
| **IDENTIFICATION DE DIFFICULTES POTENTIELLES DE GESTION** (médiatisation, cas groupés, contexte particulier, décès du cas index, fugue du cas index, service néo nat ou pédiatrie, taux anormalement élevé d’ITL ou de tuberculose secondaire, indisponibilité du camion radio etc…) |
| [ ] Oui [ ]  Non  |
| Si oui, Préciser :       |
| **DEMANDE DE SOUTIEN DE L’ARS DANS LA GESTION DE LA SITUATION** |
| [ ] Oui [ ]  Non  |
| Si oui, Préciser :       |