

**Fiche navette**

ARS - CLAT

|  |  |
| --- | --- |
| Expéditeur  Destinataire | Expéditeur  Destinataire |
| **ARS SIEGE**  Point Focal Régional  ars75-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 :**   + ExpectorationsLBA , 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 : |