

POSITIVE TUBERCULIN SKIN TEST REPORT FOLLOW-UP FOR TUBERCULOSIS (TB)

Please complete this form and fax to the Eastern Ontario Health Unit
Fax: 613-933-7417

Patient Name: _____ D.O.B.: _____

Date and time of Tuberculin Skin Test (TST): _____

Date and time of TST reading: _____ Result: _____ mm

Date of chest X-ray: _____ Date of physical assessment: _____

Normal

Abnormal Result: _____

Evidence of active TB? Yes No

Follow-up chest X-ray required for TB screening: Yes No

Client will be started on latent TB chemoprophylaxis: Yes No

Latent TB chemoprophylaxis prescription faxed to EOHU: Yes No

Client referred to a TB specialist: Yes No Date: _____

Name of clinic: _____

If a diagnosis of active TB is suspected, the Eastern Ontario Health Unit must be notified promptly at 613-933-1375, extension 1336.

Health Care Provider's signature: _____ Date: _____

Health Care Provider's name (printed): _____

Address: _____ Phone: _____



CORNWALL • ALEXANDRIA • CASSELMAN • HAWKESBURY • ROCKLAND • WINCHESTER

EOHU.ca • 1-800-267-7120 • BSEO.ca

If you require this information in an alternate format, please call 1-800-267-7120 and press 0.

Si les renseignements sont requis dans un autre format, veuillez appeler au 1 800 267-7120 et faire le 0.

RAPPORT DE SUIVI AU TEST CUTANÉ À LA TUBERCULINE POSITIF POUR LA TUBERCULOSE (TB)

**Veillez remplir ce formulaire et le télécopier au Bureau de santé de l'est de l'Ontario.
Télécopieur : 613 933-7417**

Nom du patient : _____ D.D.N. _____

Date et heure du Test cutané à la tuberculine (TCT) : _____

Date et heure de la lecture du TCT : _____ Résultat : _____ mm

Date de radiographie pulmonaire : _____ Date de l'examen physique : _____

Normale

Anormale

Résultat : _____

Signes de TB active? Oui Non

Une radiographie pulmonaire de suivi requise pour un dépistage de TB : Oui Non

Le client devrait entreprendre une chimioprophylaxie de TB latente : Oui Non

L'ordonnance de chimioprophylaxie de TB latente est télécopiée au BSEO : Oui Non

Le client a été référé à un spécialiste de la TB : Oui Non Date : _____

Nom de la clinique : _____

**Si un diagnostic de TB active est soupçonné, le Bureau de santé de l'est de l'Ontario
doit en être avisé promptement au 613 933-1375, poste 1336.**

Signature du fournisseur de soins de santé : _____ Date : _____

Nom du fournisseur de soins de santé (en lettre imprimée) : _____

Adresse : _____ Tél. : _____



CORNWALL • ALEXANDRIA • CASSELMAN • HAWKESBURY • ROCKLAND • WINCHESTER

EOHU.ca • 1-800-267-7120 • BSEO.ca

If you require this information in an alternate format, please call 1-800-267-7120 and press 0.

Si les renseignements sont requis dans un autre format, veuillez appeler au 1 800 267-7120 et faire le 0.