

DÉPISTAGE DE LA TUBERCULOSE ACTIVE (TB) POUR LE PERSONNEL ET LES BÉNÉVOLES DES FOYERS DE SOINS DE LONGUE DURÉE ET MAISONS DE RETRAITE

Nom de l'employé/du bénévole : _____ Date de naissance : _____

Veuillez répondre Oui ou Non aux éléments de la liste des symptômes de la TB active. En présence de l'un ou l'autre des symptômes suivants, vous devez être évalué par un fournisseur de soins de santé avant votre placement dans l'établissement.

SYMPTÔME	OUI	NON	DATE D'APPARITION	REMARQUES
Toux actuelle qui dure depuis plus de 2 semaines	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>		
Diagnostic de pneumonie après deux administrations d'antibiotiques sans amélioration	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>		
Toux avec sang	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>		
Douleur thoracique	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>		
Essoufflement	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>		
Fièvre	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>		
Sueurs nocturnes	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>		
Perte de poids non intentionnelle	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>		
Fatigue	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>		
Perte d'appétit	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>		

Liste de contrôle remplie par (nom & titre) : _____

Signature : _____ Date : _____

