

Données démographiques du patient	
Nom : _____	
DDN : _____ NCS : _____ Sexe : <input type="checkbox"/> M <input type="checkbox"/> F <input type="checkbox"/> X	
Adresse : _____	
Téléphone : Cellulaire : _____ Travail : _____ Domicile : _____	
Partenaire : _____ Proche parent : _____	
Membres du ménage (incluant les âges) : _____	
Pays de naissance : _____ Si né à l'étranger, date d'arrivée : _____	
Pays habités (incluant les dates) : _____	
Antécédents de TB	Antécédents médicaux
TCT précédent documenté : <input type="checkbox"/> Oui <input type="checkbox"/> Non Date du TCT : _____ Induration (mm) : _____ BCG précédent : <input type="checkbox"/> Oui <input type="checkbox"/> Non Date du BCG : _____ TB active précédente : <input type="checkbox"/> Oui <input type="checkbox"/> Non Traitement : <input type="checkbox"/> Oui <input type="checkbox"/> Non Détails : _____ TB latente précédente : <input type="checkbox"/> Oui <input type="checkbox"/> Non Traitement : <input type="checkbox"/> Oui <input type="checkbox"/> Non Détails : _____ Signature : _____ REMARQUE : L'ajout de votre signature verrouillera le contenu de cette section.	Allergies : _____ Souffrez-vous d'une des conditions suivantes? VIH : <input type="checkbox"/> Inconnu <input type="checkbox"/> Oui <input type="checkbox"/> Non Cancer : <input type="checkbox"/> Oui <input type="checkbox"/> Non Diabète : <input type="checkbox"/> Oui <input type="checkbox"/> Non Insuffisance rénale chronique : <input type="checkbox"/> Oui <input type="checkbox"/> Non Prise d'immunosuppresseurs : <input type="checkbox"/> Oui <input type="checkbox"/> Non Médicaments actuels : _____ Signature : _____ REMARQUE : L'ajout de votre signature verrouillera le contenu de cette section.
Renseignements sur le médecin	
Fournisseur de soins primaire : _____	
Adresse : _____ Ville : _____ Code postal : _____	
Téléphone : _____ Télécopieur : _____	
Médecin consultant/traitant : _____	
Adresse : _____ Ville : _____ Code postal : _____	
Téléphone : _____ Télécopieur : _____	

Méthode de détection	
Nom de la personne déclarante : _____	Téléphone : _____
Hôpital/établissement déclarant : _____	Téléphone : _____
<input type="checkbox"/> Symptômes <input type="checkbox"/> Recherche des contacts <input type="checkbox"/> Post-mortem <input type="checkbox"/> Autre : _____	
<input type="checkbox"/> Dépistage – Raison (école/emploi/bénévolat/immigration) : _____	
Signature : _____	
REMARQUE : L'ajout de votre signature verrouillera le contenu de cette section.	
Symptômes	
<input type="checkbox"/> Asymptomatique <input type="checkbox"/> Toux > 3 semaines <input type="checkbox"/> Hémoptysie <input type="checkbox"/> Fatigue <input type="checkbox"/> Fièvre <input type="checkbox"/> Sueurs nocturnes <input type="checkbox"/> Perte de poids <input type="checkbox"/> Autre : _____	
Détails sur les symptômes : _____	
Signature : _____	
REMARQUE : L'ajout de votre signature verrouillera le contenu de cette section.	
Facteurs de risque	
<input type="checkbox"/> Établissement correctionnel <input type="checkbox"/> Refuge – sans abri <input type="checkbox"/> Antécédents de travail (bénévolat) <input type="checkbox"/> ÉSLD/Hôpital <input type="checkbox"/> Voyage récent <input type="checkbox"/> Premières Nations <input type="checkbox"/> Exposition/contact connu <input type="checkbox"/> Antécédent de fumeur : <input type="checkbox"/> Oui <input type="checkbox"/> Non Durée? _____ <input type="checkbox"/> Autre : _____	
Signature : _____	
REMARQUE : L'ajout de votre signature verrouillera le contenu de cette section.	
Diagnostic	
Date du TCT # 1 : _____ Administré par : _____ Date de lecture : _____ Résultat (mm) : _____ Date du TCT # 2 : _____ Administré par : _____ Date de lecture : _____ Résultat (mm) : _____ Radiographie pulmonaire <input type="checkbox"/> Oui <input type="checkbox"/> Non Date : _____ Balayage CT <input type="checkbox"/> Oui <input type="checkbox"/> Non Date : _____ Échantillon BAAR # _____ Collecté : _____ Échantillon BAAR # _____ Collecté : _____ Échantillon BAAR # _____ Collecté : _____	Veuillez inclure les rapports de laboratoire et de radiologie (si disponible) et les indiquer ci-dessous : Radiographie pulmonaire <input type="checkbox"/> Oui <input type="checkbox"/> Non Balayage CT <input type="checkbox"/> Oui <input type="checkbox"/> Non BAAR # 1 <input type="checkbox"/> Oui <input type="checkbox"/> Non BAAR # 2 <input type="checkbox"/> Oui <input type="checkbox"/> Non BAAR # 3 <input type="checkbox"/> Oui <input type="checkbox"/> Non Autre (précisez) : _____ Signature : _____ REMARQUE : L'ajout de votre signature verrouillera le contenu de cette section.

Signature : _____
REMARQUE : Votre signature apposée ici verrouillera l'ensemble du formulaire.

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