

CLAT 53
Centre Fédératif de Prévention et de Dépistage
Centre Hospitalier Laval
02 43 66 50 55
clat53@chlaval.fr

Consultation IDE au CLAT ; Date : / /20 Par

Motif de consultation :

Merci de renseigner cette fiche et de la **retourner au
Centre de Lutte Antituberculeuse de la Mayenne.**

Vos coordonnées

NOM PRENOM : Sexe : M F

NOM de Naissance : Date de naissance : Pays de naissance :

Domicile : Date d'arrivée en France :

Téléphone :

Votre état de santé le : ____ / ____ /20__

Présentez-vous en ce moment un des signes suivants:

- Toux : oui non Si oui, date de début : _____
- Crachats : oui non
- Dyspnée : oui non
- Douleurs thoraciques : oui non
- Fièvre : oui non
- Sueurs nocturnes : oui non
- Fatigue importante : oui non
- Anorexie : oui non
- Perte de poids : oui non Si oui de combien de kilos ? _____ Depuis quand ? _____

Tabac : oui non

Si oui, nombre de cigarette par jour : _____

Allergie(s) : oui non

Laquelle : _____

Voyage(s) à l'étranger : oui non

Le(s)quel(s) : _____

Etes-vous suivi(e) pour une des pathologies nommées ci-dessous ?

Diabète : oui non

Insuffisance rénale : oui non

Affection hépatique : oui non

Gastrectomie : oui non

Silicose : oui non

Immunodépression : oui non

Préciser : _____

Autre(s) : oui non

Préciser : _____

Prenez-vous des médicaments : oui non

Si oui, le(s)quel(s) : • •
• •
• •

Radiographie pulmonaire de suivi le : ____ / ____ /20__ Résultat : _____