



Rapport de visite d'entourage (VE)

Nom, prénom CI

Âge

Date et lieu de naissance :

N° d'enquête :

N° de dossier maïdis :

NIP :

Coordonnées :

Adresse :

Téléphone :

Mail :

Nom de la personne ayant réalisé la VE, date et conditions :

.....
.....
.....

Date de la DO et nom du déclarant

.....
.....
.....

Prise en charge sociale :

Assurance maladie :
Mutuelle :
AME :
ALD :
Aucune :
Autre (Soins urgents, PASS, etc....) :

Médecin traitant :

Nom :
Coordonnées :
.....
.....

Autre médecin : (Spécialiste, médecin du travail, médecin scolaire, etc.)

Nom :
Coordonnées :
.....
.....

Information sur la tuberculose :

Localisation :
Résultat bactériologiques :
Identification :
Antibiogramme :

Traitement instauré le

Posologie :
.....
.....
.....

Pour un poids de :

Tolérance : (Bilan bio, sérologie hépatiques, consultation ophtalmo (si Ethambutol))
.....
.....

Observance : (Heure de prise du traitement/repas, prise régulière, etc.)
.....
.....

Evaluation des connaissances du CI (mode de contamination, maladie, traitement, suivi, droits à l'ALD, prise en charge des SC)

Utilisation de la carte conceptuelle

Utilisation autre_outil Précisez :

Education/accompagnement au traitement :

Facteur de risque d'observance ultérieure :

Autres traitements :

Histoire de la maladie :

Symptômes :

- Toux : Si oui, depuis quand ?
- Crachats :
- Asthénie :
- Anorexie :
- Sueurs nocturnes :
- Perte de poids : Si oui, combien ?
- Douleurs thoraciques :
- Fièvre :

Evaluation des symptômes le jour de la VE :

.....
.....

Parcours hospitalier :

.....
.....
.....
.....

Manœuvre à risque ?

.....

Prise en charge de la tuberculose :

Date des premiers symptômes :

Date de la première consultation :

Date de la première hospitalisation :

Date de la première DO :

Date du début traitement :

VE réalisée le :

Eléments du diagnostic de tuberculose pulmonaire :

Imagerie :

.....
.....
.....
.....

Prélèvements (nature et date) :

Respiratoires :

.....
.....
.....
.....

Autres :

.....
.....
.....
.....

Antécédents médicaux et chirurgicaux :

.....
.....
.....
.....
.....

Antécédents en rapport avec la tuberculose :

Acquisition : (sujet contact, pays de naissance, voyages)

.....
.....

Progression vers la tuberculose :

.....
.....

Protecteur (BCG, traitement ITL) :

.....
.....

Favorisants (tabac, immunodépression, sérologie VIH, âge, précarité, etc.) :

.....
.....

Entourage familial et social : (logement, famille, amis, animal de compagnie, soins à domicile, portage de repas, aide-ménagère)

.....
.....
.....
.....
.....
.....
.....
.....
.....
.....
.....
.....
.....
.....
.....
.....

Etudes/ Emplois/ Stages :

.....
.....
.....

.....
.....

Loisirs et voyages :

.....
.....
.....
.....
.....

Pratique religieuse/culte :

.....
.....
.....
.....

Devenir :

Nom et coordonnées du médecin qui suivra du patient jusqu'au terme de son traitement :

.....
.....

Date du prochain rendez-vous si connu :