|  |
| --- |
| ID du site : |\_\_\_\_|\_\_\_\_| |
| Nom de l'investigateur qui remplit le formulaire et signature : \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_Date à laquelle le formulaire est rempli : |\_\_\_\_|\_\_\_\_|/|\_\_\_\_|\_\_\_\_|/20|\_\_\_\_|\_\_\_\_| (JJ/MM/20AA) |
| PID |\_\_\_\_|\_\_\_\_|\_\_\_\_|\_\_\_\_|\_\_\_\_|\_\_\_\_|\_\_\_\_| ID de l'épisode |\_\_\_\_|\_\_\_\_| |
| FORMULAIRE D'ÉVALUATION INITIALE ET DE PRISE EN CHARGE |
| Informations sur la visite |
| Date de l'évaluation initiale  | |\_\_\_\_|\_\_\_\_|/|\_\_\_\_|\_\_\_\_|/20|\_\_\_\_|\_\_\_\_| (JJ/MM/20AA) |
| Travailleur de la santé ayant fait l’évaluation | [ ]  Pédiatre [ ]  Autre médecin [ ]  Assistant médical [ ]  Infirmier(ière) [ ]  Autre Si Autre, veuillez préciser : \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ |
| Risque de progression |
| 1. L'enfant a-t-il moins de 2 ans ? | [ ]  Oui [ ]  Non |
| 2. L'enfant vit-il avec le VIH ? | [ ]  Oui [ ]  Non [ ]  Sais pas |
| 3. L'enfant souffre-t-il de malnutrition aiguë sévère ? | [ ]  Oui [ ]  Non [ ]  Sais pas |
| Traitement empirique (non tuberculeux) |
| 1. Avez-vous commencé à traiter empiriquement l'enfant ? | [ ]  Oui (veuillez répondre à toutes les questions de cette section) [ ]  Non (veuillez passer à la section « Test bactériologique »)  |
| 1.a. Veuillez préciser quelle(s) autre(s) maladie(s) que la tuberculose vous soupçonnez ? | \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ |
| 1.b. Veuillez donner des détails sur le traitement initié : | - Quel traitement a été initié ?\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_- Pour combien de jours ? |\_\_\_\_|\_\_\_\_| |
| 2. L'enfant est-il revenu ? | [ ]  Oui (veuillez répondre à 2a, 2b et 2c) [ ]  Non |
| Si oui, l'enfant est revenu pour ré-évaluation, veuillez répondre aux questions ci-dessous : |
| a. Veuillez indiquer la date de la nouvelle visite (JJ/MM/20AA) | |\_\_\_\_|\_\_\_\_|/|\_\_\_\_|\_\_\_\_|/20|\_\_\_\_|\_\_\_\_| |
| b. Les symptômes persistent-ils ou s'aggravent-ils ? | [ ]  Oui [ ]  Non |
| c. Considérez-vous le problème clinique résolu ? | [ ]  Oui [ ]  Non |

|  |
| --- |
| Test bactériologique |
| Des échantillons ont-ils été prélevés pour des tests mycobactériens ? | [ ]  Oui Veuillez sélectionner les tests effectués ci-dessous [ ]  Non veuillez passer à la section « Évaluation de l'exposition » |
| Type de test (veuillez choisir tous les tests effectués et remplir les formulaires correspondants) | [ ]  Microscopie[ ]  Xpert MTB, MTB/RIF (ultra)[ ]  TrueNat MTB, RIF Dx[ ]  TB-LAMP[ ]  LF-LAM[ ]  Culture, en milieu liquide ou solide[ ]  Autre, veuillez préciser : \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ |

|  |
| --- |
| Évaluation de l'exposition |
| L'enfant est-il un contact étroit ou rapproché de la tuberculose ? | [ ]  Oui [ ]  Non [ ]  Ne sait pas |
| Radiographie |
| Une radiographie a-t-elle été effectuée ? | [ ]  Oui Veuillez remplir le formulaire correspondant[ ]  Non |
| Évaluation clinique |
| Lesquels des signes ou symptômes suivants sont présents : |
| * Toux depuis plus de 2 semaines ?
 | [ ]  Oui [ ]  Non |
| * Fièvre de plus de 2 semaines ?
 | [ ]  Oui [ ]  Non |
| * Léthargie ?
 | [ ]  Oui [ ]  Non |
| * Perte de poids ?
 | [ ]  Oui [ ]  Non |
| * Hémoptysie ?
 | [ ]  Oui [ ]  Non |
| * Sueurs nocturnes ?
 | [ ]  Oui [ ]  Non |
| * Lymphadénopathie ?
 | [ ]  Oui [ ]  Non |
| * Tachycardie ?
 | [ ]  Oui [ ]  Non |
| * Tachypnée ?
 | [ ]  Oui [ ]  Non |

|  |
| --- |
| Calcul du score de l'algorithme de décision thérapeutique (ADT) |
| Un score ADT a-t-il été calculé ?*Si oui, veuillez remplir le formulaire correspondant* | [ ]  Oui :  [ ]  TDA 'A' (avec radiographie) [ ]  TDA 'B' (sans radiographie)[ ]  Non veuillez passer à la section « Résultats de l'évaluation initiale » |

|  |
| --- |
| Prise en charge initiale |
| Date de la décision | |\_\_\_\_|\_\_\_\_|/|\_\_\_\_|\_\_\_\_|/20|\_\_\_\_|\_\_\_\_| (JJ/MM/20AA) |
| Décision de traitement | [ ]  Traitement anti-tuberculeux initié  [ ]  Traitement anti-tuberculeux non initié |
| Si un diagnostic de « non-tuberculose » est confirmé, veuillez le préciser : | \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ |