|  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| 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 : | \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_  \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ |