|  |
| --- |
| 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 DE SUIVI À MOIS 2 |

|  |  |
| --- | --- |
| Informations sur la visite | |
| Date de visite du suivi à M2 | |\_\_\_\_|\_\_\_\_|/|\_\_\_\_|\_\_\_\_|/20|\_\_\_\_|\_\_\_\_| (JJ/MM/20AA) |
| Méthode de consultation | En personne à la clinique  Visite à domicile  Téléphone  Aucune consultation n'a eu lieu (décès/perte de vue) |
| Agent de santé évaluant | Pédiatre  Autre médecin  Assistant médical  Infirmier(ère)  Autre Si Autre, veuillez préciser : \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ |

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
| Traitement (à remplir pour tous les participants, y compris ceux perdus de vue ou décédés) | | |
| L'enfant reçoit-il un traitement contre la tuberculose ? | Oui (veuillez passer à la question 1)  Non (veuillez passer à la question 2)  Ne sait pas (veuillez passer à la section suivante) | |
| 1. Si l'enfant reçoit un traitement contre la tuberculose : | | |
| * Date d'initiation | |\_\_\_\_|\_\_\_\_|/|\_\_\_\_|\_\_\_\_|/20|\_\_\_\_|\_\_\_\_| (JJ/MM/20AA)  Ne Sait pas | |
| * L'état de santé de l'enfant s'est-il amélioré après avoir reçu un traitement antituberculeux | Oui  Non  Ne sait pas | |
| 2. Si l'enfant ne reçoit PAS de traitement antituberculeux : | | |
| * Quel a été le diagnostic final ? | \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ | |
| * L'état de santé de l'enfant s'est-il amélioré depuis la visite d’initiale ? | Oui  Non  Ne sait pas | |
| * L'enfant reçoit-il un traitement préventif contre la tuberculose ? | Oui | Non, si Non :  Non éligible  Éligible mais refusé  Traitement préventif non disponible  Autre, veuillez préciser : \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ |

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
| Recherche des contacts parmi les contacts rapprochés ou étroits | | |
| Si un traitement antituberculeux a été initié, d'autres cas de tuberculose autour de ce cas ont-il été recherchés ? | | |
| Oui | | Non |
| Si oui, combien de contacts ont reçu un diagnostic de tuberculose : | | Si non, est-ce parce que cet enfant était déjà un cas contact TB connu ?  Oui  Non |
| Enfants (<15 ans):  \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ | Adultes (≥15 ans) :  \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ |

|  |  |
| --- | --- |
| Veuillez remplir seulement si l'enfant a manqué la visite de suivi du mois 2 | |
| 1. Pourquoi la consultation de suivi du mois 2 n'a-t-elle pas eu lieu ? | Le participant est décédé avant la visite de suivi  Participant perdu de vue |
| 2. Date de la dernière visite où l'enfant a été évalué pour la dernière fois ? | |\_\_\_\_|\_\_\_\_|/|\_\_\_\_|\_\_\_\_|/20|\_\_\_\_|\_\_\_\_| (JJ/MM/20AA) |
| 3. En cas de décès : | |
| * Date du décès | |\_\_\_\_|\_\_\_\_|/|\_\_\_\_|\_\_\_\_|/20|\_\_\_\_|\_\_\_\_| (JJ/MM/20AA)  Ne sait pas |
| * Le décès aurait-il pu être causé par la tuberculose? | Oui  Non  Ne sait pas |
| * Veuillez décrire la cause du décès, si elle est connue | \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_  \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_  \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_  \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ |
| 4. En cas de perte de vue : | |
| * Commenter sur les mesures prises pour retrouver l'enfant | \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_  \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_  \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_  \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ |