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