|  |
| --- |
| Nom de l'investigateur qui remplit le formulaire et signature :  \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_  Date à laquelle le formulaire est rempli : |\_\_\_\_|\_\_\_\_|/|\_\_\_\_|\_\_\_\_|/20|\_\_\_\_|\_\_\_\_| (JJ/MM/20AA) |
| Site ID |\_\_\_\_|\_\_\_\_| |
| FORMULAIRE de PROFIL du SITE D'ÉTUDE |

|  |  |
| --- | --- |
| Informations sur le personnel | |
| Combien d’agents de santé travaillent régulièrement sur le site? | |
| Pédiatre(s) : \_\_\_\_\_\_\_\_ | Autre(s) médecin(s) : \_\_\_\_\_\_\_\_ |
| Assistant(s) médical(s) : \_\_\_\_\_\_\_\_ | Infirmier(ère.s) : \_\_\_\_\_\_\_\_ |
| Autre : \_\_\_\_\_\_\_\_ | |
| Si Autre, veuillez décrire :  \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_  \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ | |

|  |  |
| --- | --- |
| Plateau technique du site | |
| Dépistage du VIH | Sur place  Hors site  Non disponible |
| Installations de radiographie  Si radiographie accessible, veuillez préciser : | Sur place  Hors site  Non disponible  Numérique  Analogique |
| Commentaire sur le plateau technique du site :  \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_  \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ | |

|  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| Tests diagnostiques TB | | | | | | |
| Xpert Ultra | | | Sur place  Hors site  Non disponible | | | |
| Xpert MTB/RIF | | | Sur place  Hors site  Non disponible | | | |
| TrueNat MTB (RIF Dx) | | | Sur place  Hors site  Non disponible | | | |
| TB-LAMP | | | Sur place  Hors site  Non disponible | | | |
| LF-LAM | | | Sur place  Hors site  Non disponible | | | |
| Culture mycobactérienne en milieu liquide | | | Sur place  Hors site  Non disponible | | | |
| Culture mycobactérienne en milieu solide | | | Sur place  Hors site  Non disponible | | | |
| Commentaire sur les tests diagnostiques TB :  \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_  \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ | | | | | | |
| Notification des cas historique – Date de début de l'étude : |\_\_\_\_|\_\_\_\_|/|\_\_\_\_|\_\_\_\_|/20|\_\_\_\_|\_\_\_\_| | | | | | | |
| Mois & Année | 0-4 ans | 5-9 ans | | 10-14 ans | 15-19 ans | ≥ 20 ans |
| |\_\_\_\_|\_\_\_\_|/20|\_\_\_\_|\_\_\_\_| |  |  | |  |  |  |
| |\_\_\_\_|\_\_\_\_|/20|\_\_\_\_|\_\_\_\_| |  |  | |  |  |  |
| |\_\_\_\_|\_\_\_\_|/20|\_\_\_\_|\_\_\_\_| |  |  | |  |  |  |
| |\_\_\_\_|\_\_\_\_|/20|\_\_\_\_|\_\_\_\_| |  |  | |  |  |  |
| |\_\_\_\_|\_\_\_\_|/20|\_\_\_\_|\_\_\_\_| |  |  | |  |  |  |
| |\_\_\_\_|\_\_\_\_|/20|\_\_\_\_|\_\_\_\_| |  |  | |  |  |  |
| |\_\_\_\_|\_\_\_\_|/20|\_\_\_\_|\_\_\_\_| |  |  | |  |  |  |
| |\_\_\_\_|\_\_\_\_|/20|\_\_\_\_|\_\_\_\_| |  |  | |  |  |  |
| |\_\_\_\_|\_\_\_\_|/20|\_\_\_\_|\_\_\_\_| |  |  | |  |  |  |
| |\_\_\_\_|\_\_\_\_|/20|\_\_\_\_|\_\_\_\_| |  |  | |  |  |  |
| |\_\_\_\_|\_\_\_\_|/20|\_\_\_\_|\_\_\_\_| |  |  | |  |  |  |
| |\_\_\_\_|\_\_\_\_|/20|\_\_\_\_|\_\_\_\_| |  |  | |  |  |  |
| |\_\_\_\_|\_\_\_\_|/20|\_\_\_\_|\_\_\_\_| |  |  | |  |  |  |
| |\_\_\_\_|\_\_\_\_|/20|\_\_\_\_|\_\_\_\_| |  |  | |  |  |  |
| |\_\_\_\_|\_\_\_\_|/20|\_\_\_\_|\_\_\_\_| |  |  | |  |  |  |
| |\_\_\_\_|\_\_\_\_|/20|\_\_\_\_|\_\_\_\_| |  |  | |  |  |  |
| |\_\_\_\_|\_\_\_\_|/20|\_\_\_\_|\_\_\_\_| |  |  | |  |  |  |
| |\_\_\_\_|\_\_\_\_|/20|\_\_\_\_|\_\_\_\_| |  |  | |  |  |  |
| |\_\_\_\_|\_\_\_\_|/20|\_\_\_\_|\_\_\_\_| |  |  | |  |  |  |
| |\_\_\_\_|\_\_\_\_|/20|\_\_\_\_|\_\_\_\_| |  |  | |  |  |  |
| |\_\_\_\_|\_\_\_\_|/20|\_\_\_\_|\_\_\_\_| |  |  | |  |  |  |
| |\_\_\_\_|\_\_\_\_|/20|\_\_\_\_|\_\_\_\_| |  |  | |  |  |  |
| |\_\_\_\_|\_\_\_\_|/20|\_\_\_\_|\_\_\_\_| |  |  | |  |  |  |
| |\_\_\_\_|\_\_\_\_|/20|\_\_\_\_|\_\_\_\_| |  |  | |  |  |  |