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