



Annexe B : Dépistage de la tuberculose (TB) active chez les employés et les bénévoles des établissements de soins de longue durée et des maisons de retraite

Nom du personnel/bénévole: _____

Date de naissance : _____

Veillez répondre Oui ou Non devant chacun des énoncés de la liste des symptômes de la TB active. Si vous avez l'un des symptômes suivants, vous devez être évalué par un médecin avant votre placement à l'établissement.

Symptôme	Date d'apparition aaaa-mm-jj	Commentaires
Toux persistante depuis plus de 2 semaines <input type="checkbox"/> OUI <input type="checkbox"/> NON		
A reçu le diagnostic d'une pneumonie mais après deux séries d'antibiotiques, aucune amélioration ne se produit <input type="checkbox"/> OUI <input type="checkbox"/> NON		
Toux avec expectoration sanguine <input type="checkbox"/> OUI <input type="checkbox"/> NON		
Douleur à la poitrine <input type="checkbox"/> OUI <input type="checkbox"/> NON		
Difficulté à respirer <input type="checkbox"/> OUI <input type="checkbox"/> NON		
Fièvre <input type="checkbox"/> OUI <input type="checkbox"/> NON		
Sueurs nocturnes <input type="checkbox"/> OUI <input type="checkbox"/> NON		
Perte de poids non prévue <input type="checkbox"/> OUI <input type="checkbox"/> NON		
Fatigue <input type="checkbox"/> OUI <input type="checkbox"/> NON		
Perte d'appétit <input type="checkbox"/> OUI <input type="checkbox"/> NON		

Liste de vérification remplie par : _____
NOM (LETTRES MOULÉES) ET TITRE

Signature : _____ Date: _____
aaaa-mm-jj

Tout cas présumé de TB active doit être immédiatement signalé à Santé publique Ottawa au 613-580-6744, poste 24224.