

Annexe 25. Fiche de traitement pour les patients sous traitement anti-TB de deuxième ligne

Nom : _____ N° d'enregistrement : _____ Date : _____

Date de naissance (jj/mm/aaaa): _____ Age : _____ Sexe : M F Taille du foyer : _____ Nombre d'enfants au domicile : _____

Adresse : _____ Téléphone : _____

Adresse du lieu de travail : _____

Si pas de domicile fixe, lieux habituellement fréquentés : _____

Nom et adresse de la personne à contacter : _____

Patient référé : Oui Non Si oui, préciser l'établissement référent : _____

Localisation de la TB

Pulmonaire Extrapulmonaire Site (préciser) : _____

Catégorie de patients

Nouveau

Précéd. traitement 1^{ère} ligne Echec Rechute TAI Autre

Statut bactériologique initial (au début du traitement)

TB confirmée ? Oui Non

TB-MR confirmée Xpert/RIF+ Résistance non confirmée

Résistance à H (S) Résistance à HE (S) Résistance à R (S)

Précéd. traitement 2^e ligne Echec Rechute TAI Autre

Suivi bactériologique

Mois	Date	Frottis	Culture	Remarques
0				
1				
2				
3				
4				
5				
6				
7				

Mois	Date	Frottis	Culture	Remarques
8				
9				
10				
11				
12				
13				
14				
15				

Mois	Date	Frottis	Culture	Remarques
16				
17				
18				
19				
20				
21				
22				
23				

Résultats ATBG

Date	H	R	Z	E	S	Km	Amk	Cm	Fq	Eto	Cs	PAS		Type d'ATBG

Information VIH		
Test VIH réalisé :	Oui <input type="checkbox"/>	Non <input type="checkbox"/> Inconnu <input type="checkbox"/>
Date du test :	Résultat :	
Sous ARV :	Oui <input type="checkbox"/>	Non <input type="checkbox"/>
Date :		
Sous TPC :	Oui <input type="checkbox"/>	Non <input type="checkbox"/>
Date :		

Contrôle créatinine et potassium

Mois	Date	Cr	K+	Remarques

Contrôle TSH

Mois	Date	TSH	Remarques

Contrôle SGOT

Mois	Date	SGOT	Remarques

Date du début de traitement (jj/mm/aaaa) :	Date de fin de traitement (jj/mm/aaaa) :	Résultat du traitement :	Guéri <input type="checkbox"/>	Terminé <input type="checkbox"/>	Echec <input type="checkbox"/>	Interruption <input type="checkbox"/>
			Décès <input type="checkbox"/>	Non évalué <input type="checkbox"/>		

Médicaments et dose	Mois	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10	11	12	13	14	15	16	17	18	19	20	21	22	23	24	25	26	27	28	29	30	31	Poids :			
																																				Doses prises :
																																				Doses prescrites :
																																				% adhérence :
Remarques																																				

Médicaments et dose	Mois	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10	11	12	13	14	15	16	17	18	19	20	21	22	23	24	25	26	27	28	29	30	31	Poids :			
																																				Doses prises :
																																				Doses prescrites :
																																				% adhérence :
Remarques																																				