

QUESTIONNAIRE TUBERCULOSE

Chère patiente, cher patient,

La tuberculose (TB ou TBC) est maladie pulmonaire fréquente. Elle se transmet par un contact rapproché et prolongé par une personne atteinte de tuberculose active.

La tuberculose active peut être facilement guérie par des traitements antibiotiques adaptés. La tuberculose latente est détectée par un test sanguin chez une minorité des personnes exposée à un cas de tuberculose active. C'est peut-être votre cas. Dans ce cas un traitement prévenant la survenue d'une tuberculose active est proposé.

Ce questionnaire aidera votre médecin à prendre les bonnes décisions concernant votre santé. Merci de le remplir seul ou avec de l'aide et de le rendre au médecin qui vous recevra.

Nous sommes à votre disposition pour vos questions.

Nom Prénom	Médecin traitant
Date de naissance	Pneumologue
Tél. portable	Date

MES ANTECEDENTS PERSONNELS

	Oui	Non	Ne sais pas
Diabète	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Angine de poitrine	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Autre maladie cardiaque	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Maladie du foie	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Maladie des reins	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Hypertension artérielle	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
VIH / HIV	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

Autres antécédents importants :

Mon pays de naissance est (pays) :

Je vis en Europe de l'Ouest depuis (mois/année) :

MES SYMPTOMES

(RESSENTIS AU COURS DES 8 DERNIERES SEMAINES DANS LA VIE QUOTIDIENNE)

	Oui	Non	Ne sais pas
Toux	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Crachats	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Fatigue	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Perte de poids > 2 kg	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Manque d'appétit	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Température élevée	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Autre	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

Lequel

MON HISTOIRE DE SANTE RESPIRATOIRE
(J'AI LES PROBLEMES DE SANTE SUIVANTS)

	Oui	Non	Ne sais pas
Asthme	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Bronchite chronique, emphysème, BPCO	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Sinusite chronique	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Infections respiratoires dans l'enfance	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Je suis fumeur ou ancien fumeur	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
J'ai déjà été soigné pour une tuberculose	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Des personnes proches (famille, amis, collègues, etc) ont souffert ou souffrent de tuberculose	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Au cours des 12 derniers mois, j'ai été en contact rapproché (même pièce durant 8h ou plus) d'une personne souffrant de TB	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

.....

TRAITEMENT HABITUEL

Médicament	Dose journalière
.....
.....
.....
.....
.....

Nous vous remercions d'avoir rempli ce questionnaire.