

Date du signalement :

à faxer au CLAT 93 : 01 43 93 40 06  
ou mail : clat93@seinesaintdenis.fr

**DECLARANT**

Tampon du déclarant

NOM

Ligne directe

Fax

mail

**! Pensez à faire la notification – en cas d'informations manquantes nous vous contacterons**

**PATIENT (CI)**

NOM :

Prénom :

Date de naissance :  Responsables légaux si mineur :

Sexe :  F  M

Adresse :

Code Postal :  Ville

Téléphone :

Pays de naissance :

Date d'arrivée en France :  Langue parlée :  Français  Autre :

Conditions de vie :

Logement individuel Foyer n° chambre :   Hébergé  SDF  Autre :

Couverture santé  OUI  NON

Médecin traitant (nom+ tel) :

**CONTEXTE DU DIAGNOSTIC**

Toux  OUI  NON date début :

Amaigrissement  Altération de l'état général  Sueurs nocturnes  Fièvre  Crachats  Hémoptysie

Le CI est-il toujours hospitalisé  OUI  NON Depuis quand ?  Isolement ?  OUI  NON

Tuberculose  ITL moins de 15 ans

**LOCALISATION**

Pulmonaire  Ganglionnaire intra thoracique  Pleurale  Miliaire

Ganglionnaire extra thoracique  Autre :

DATE de début de traitement :

**BACTERIOLOGIE**

**Prélèvement respiratoire**

Expectoration  Tubage gastrique  Aspiration bronchique-LBA  Biopsie pulmonaire

Direct : positif  négatif  Nombre de BAAR/champs :

Culture : positif  négatif  en cours

**Prélèvement Extra respiratoire :**

Direct : positif  négatif

Culture : positif  négatif  en cours

**IMAGERIE**

RX  Scanner  Caverne  Images :

**ENQUETE**

Le CI fréquente-t-il des milieux collectifs (école, travail, activités...) ?  OUI  NON

Lesquels :

Y-a-t-il des personnes à risque dans l'entourage ?  OUI  NON