

# Rapport de résultat positif au test de sensibilité cutané à la tuberculine ou au test Quantiferon®-TB Gold pour les fournisseurs de soins de santé

RENSEIGNEMENTS PERSONNELS			
Nom légal :		Pronoms :	
Nom choisi (s'il diffère du nom légal) :		DDN :	
Sexe attribué à la naissance : <input type="checkbox"/> M <input type="checkbox"/> F <input type="checkbox"/> Intersexe <input type="checkbox"/> Ne souhaite pas le dévoiler			
Identité de genre : <input type="checkbox"/> Féminin <input type="checkbox"/> Masculin <input type="checkbox"/> Transgenre <input type="checkbox"/> Non binaire <input type="checkbox"/> Queer <input type="checkbox"/> Fluide <input type="checkbox"/> Agenre <input type="checkbox"/> Bispirituel <input type="checkbox"/> Incertitude <input type="checkbox"/> Préfère ne pas répondre <input type="checkbox"/> Non dans la liste (veuillez préciser) :			
Adresse :			
N° de téléphone :		Adresse de courriel :	
Motif du test :			
Date du test :		Date de mesure du résultat :	
Taille de la zone de durcissement :		Site du test :	
Date du test :		Date de mesure du résultat :	
Taille de la zone de durcissement :		Site du test :	
Personnes nées à l'étranger : <input type="checkbox"/> Oui <input type="checkbox"/> Non		Pays d'origine :	Arrivée au Canada :
Autochtones : <input type="checkbox"/> Oui <input type="checkbox"/> Non			
BCG reçu : <input type="checkbox"/> Oui <input type="checkbox"/> Non <input type="checkbox"/> Ne sait pas		Date :	Pays :
Antécédents pertinents (troubles, voyages, travail, etc.) :			
Symptômes : <input type="checkbox"/> Oui <input type="checkbox"/> Non		Si oui, préciser :	
Remarque : analyser le crachat pour vérifier la présence de bacilles acido-alcoolo-résistants si la personne présente des symptômes de TB active ou en cas de radiographie thoracique anormale.			
SECTION RÉSERVÉE AUX FOURNISSEURS DE SOINS DE SANTÉ			
Orientation vers un ou une spécialiste : <input type="checkbox"/> Oui <input type="checkbox"/> Non		Nom :	
Allergies : <input type="checkbox"/> Oui <input type="checkbox"/> Non		Préciser :	
Demande de radiographie thoracique : <input type="checkbox"/> Oui <input type="checkbox"/> Non		Envoyer le résultat à Santé publique :	
QuantiFERON®-TB Gold : <input type="checkbox"/> Oui <input type="checkbox"/> Non		En cas de résultat positif, télécopier à Santé publique : <input type="checkbox"/> Oui	
Traitement recommandé : <input type="checkbox"/> Oui <input type="checkbox"/> Non		Préciser :	
Dépistage du VIH : <input type="checkbox"/> Oui <input type="checkbox"/> Non		Date :	Résultat :
Recommandations :			
Signature :			Date :
Rempli par :			
N° de téléphone :		N° de télécopieur :	
<p>Afin que les exigences de santé publique soient respectées, les renseignements personnels recueillis sur ce formulaire le sont en vertu de l'autorité conférée par l'une ou plusieurs des lois (modifiées) suivantes et des règlements afférents : la <i>Loi sur la protection et la promotion de la santé</i>, L.R.O. 1990; la <i>Loi sur la réglementation des médicaments et des pharmacies</i>, L.R.O. 1990 (anciennement la <i>Loi sur les sciences de la santé</i>); la <i>Loi sur l'immunisation des élèves</i>, L.R.O. 1990; la <i>Loi sur les professions de la santé réglementées</i>, 1991, L.O. 1991; et la <i>Loi de 2014 sur la garde d'enfants et la petite enfance</i>, L.O. 2014. Cette collecte de renseignements respecte les dispositions de la <i>Loi sur l'accès à l'information municipale et la protection de la vie privée</i>, L.R.O. 1990, et celles de la <i>Loi de 2004 sur la protection des renseignements personnels sur la santé</i>, L.O. 2004. Ces renseignements visent à assurer que tous les soins personnels et tous les services de santé publique appropriés sont dispensés et que les statistiques nécessaires sont tenues. Les questions concernant cette collecte de renseignements devraient être envoyées à la personne gestionnaire du programme à Santé publique Sudbury et districts (1300, rue Paris, Sudbury ON P3E 3A3, 705.522.9200, poste 457).</p>			