

# Formulaire d'enregistrement MDR

À renvoyer à: BELTA-TBnet, Rue Haute, entrée 290,807a 1000 Bruxelles  
Tel: 02-518 18 19 - E-mail: [info@belta.be](mailto:info@belta.be)

## Données personnelles du patient

Nom			Prénom		
Numéro d'identification national				Sexe	<input type="checkbox"/> Masculin <input type="checkbox"/> Féminin
Date de naissance				Pays de naissance	
Nationalité				Date d'arrivée en Belgique	
Pays d'origine de la famille					Dossier BELTA
Adresse					
Groupe à risque (vous pouvez cocher plus d'une réponse)	<input type="checkbox"/> Prisonnier <input type="checkbox"/> Demandeur d'asile <input type="checkbox"/> Illégal <input type="checkbox"/> Sans-abri <input type="checkbox"/> Défavorisé <input type="checkbox"/> Contact récent (<2 ans) avec un malade atteint de TB contagieuse <input type="checkbox"/> Contact avec un patient MR connu <input type="checkbox"/> Personne travaillant avec un groupe à risque <input type="checkbox"/> Travailleur médico-social (y compris stagiaire et bénévole) <input type="checkbox"/> Autre: ..... <input type="checkbox"/> Aucun <input type="checkbox"/> Inconnu			Facteurs de risque (vous pouvez cocher plus d'une réponse)	<input type="checkbox"/> Alcoolisme chronique <input type="checkbox"/> Malnutrition (>10% sous le poids idéal) <input type="checkbox"/> Diabète <input type="checkbox"/> Immunosuppression à la suite d'une maladie ou d'une prise de médicaments <input type="checkbox"/> Insuffisance rénale <input type="checkbox"/> Lésions fibrotiques à la radiographie du thorax <input type="checkbox"/> Pneumoconiose (silicose, etc.) <input type="checkbox"/> Carcinome de la tête ou du cou, leucémie, maladie de Hodgkin <input type="checkbox"/> Toxicomane IV <input type="checkbox"/> Fumeur <input type="checkbox"/> Expatrié qui a séjourné/séjourné depuis longtemps dans une région endémique <input type="checkbox"/> Autre: ..... <input type="checkbox"/> Aucun <input type="checkbox"/> Inconnu
	Résultat du test VIH	<input type="checkbox"/> Positif <input type="checkbox"/> Négatif <input type="checkbox"/> Inconnu			
Antécédents de TB		<input type="checkbox"/> Oui (voir ci-dessous. Vous pouvez indiquer plus d'un antécédent) <input type="checkbox"/> Non <input type="checkbox"/> Inconnu			
Année	Pays		Traitement (schéma, durée) et autres informations		

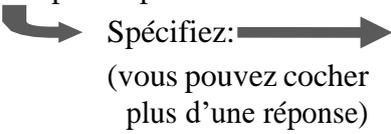




### Responsables du suivi du patient

Spécialiste assurant le suivi du patient à l'hôpital		
Nom	Hôpital (nom + commune + service où travaille le médecin )	
Éventuellement généraliste ou autre médecin assurant le suivi du patient en ambulatoire		
Nom	Adresse	Téléphone et adresse électronique
Unité veillant à l'observance du traitement		
Nom de l'unité	Nom du responsable	Téléphone et adresse électronique si unité différente de la VRGT ou du FARES

**Détails concernant l'enregistrement dans BELTA-TBnet** (A remplir uniquement si aucun formulaire d'enregistrement BELTA-TBnet n'a été rempli)

<b>Date d'enregistrement dans BELTA-TBnet</b>		
<b>Motif de prise en charge par BELTA-TBnet</b>		<b>Catégorie de prise en charge</b>
<input type="checkbox"/> Demandeur d'asile <input type="checkbox"/> Illégal <input type="checkbox"/> Couverture sociale non (encore) régularisée (donnez davantage d'informations ci-dessous) <input type="checkbox"/> Patient multirésistant avec une mutuelle <input type="checkbox"/> Touriste <input type="checkbox"/> Etudiant étranger <input type="checkbox"/> Patient non multirésistant avec une mutuelle et traité avec des médicaments de 2ème ligne (donnez davantage d'informations ci-dessous) <input type="checkbox"/> Patient non multirésistant ayant une mutuelle et qui ne peut pas payer sa participation personnelle.		<input type="checkbox"/> Traitement antituberculeux <input type="checkbox"/> Traitement préventif <input type="checkbox"/> Diagnostic
 <p>Spécifiez: (vous pouvez cocher plus d'une réponse)</p>		<input type="checkbox"/> pyridoxine <input type="checkbox"/> médication pour effets secondaires <input type="checkbox"/> préparation magistrale <input type="checkbox"/> traitement préventif à la rifadine® <input type="checkbox"/> ticket modérateur consultations et/ou examens
<input type="checkbox"/> Autre: .....		
Informations complémentaires		

**Complété par ..... le .....**