

Formulaire d'enregistrement

À renvoyer à: BELTA-TBnet, Rue Haute, entrée 290,807a 1000 Bruxelles
 Tel: 02-518 18 19 - E-mail: 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		Tél.	
Adresse			

Informations concernant le diagnostic de l'épisode actuel de tuberculose

Date du diagnostic				
Type de TB	<input type="checkbox"/> Pulmonaire (P) <input type="checkbox"/> Extrapulmonaire (EP) <input type="checkbox"/> P & EP	Si EP ou P & EP: localisation EP (vous pouvez donner plus d'une réponse)		
Résultats bactériologiques				
	Examen microscopique direct	PCR	Culture	Test de sensibilité ¹
Date de prélèvement				
Type d'échantillon				
Résultat	<input type="checkbox"/> Positif <input type="checkbox"/> Négatif <input type="checkbox"/> Inconnu	<input type="checkbox"/> Positif <input type="checkbox"/> Négatif <input type="checkbox"/> Inconnu	<input type="checkbox"/> Pas encore disponible <input type="checkbox"/> Positif <input type="checkbox"/> Négatif <input type="checkbox"/> Inconnu	<input type="checkbox"/> Pas encore disponible <input type="checkbox"/> Multisensible <input type="checkbox"/> Monorésistant <input type="checkbox"/> Polyrésistant <input type="checkbox"/> MR <input type="checkbox"/> Inconnu

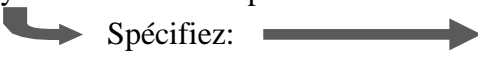
¹ En cas de poly-R ou MR, remplir le formulaire d'enregistrement MR

Informations concernant le traitement de l'épisode actuel de tuberculose

(Complétez une nouvelle ligne pour toute modification du schéma ou de la voie d'administration)

Date	Poids du patient	Schéma de traitement (en cas d'administration d'Amukin, indiquer la fréquence et voie IM ou IV)	Suivi (ambulatoire ou hospitalisation)
	_____kg		
Médecin assurant le suivi du patient			
Nom du médecin		Hôpital (nom /commune/département où travaille le médecin)	
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

Date d'enregistrement dans BELTA-TBnet	
Motif de prise en charge par BELTA-TBnet	Catégorie de prise en charge
<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 ayant 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 a des problèmes pour payer sa contribution personnelle. <div style="margin-left: 40px;">  <p>Spécifiez: (vous pouvez cocher plus d'une réponse)</p> <ul style="list-style-type: none"> <input type="checkbox"/> pyridoxine <input type="checkbox"/> médication effets secondaires <input type="checkbox"/> préparation magistrale <input type="checkbox"/> prévention à la rifadine® <input type="checkbox"/> ticket modérateur consultations et/ou examens </div>	<input type="checkbox"/> Traitement antituberculeux <input type="checkbox"/> Traitement préventif <input type="checkbox"/> Diagnostic
<input type="checkbox"/> Autre:	
Informations complémentaires	

Complété par le