

Formulaires et registres d'enregistrement et de notification des cas de tuberculose

version conforme à la stratégie Halte à la tuberculose – 2006



Etablis par le Groupe d'experts du système d'enregistrement et de notification des cas de tuberculose
Département Halte à la tuberculose, OMS, Genève-septembre 2006



© Organisation mondiale de la Santé 2006

Tous droits réservés.

Les appellations employées dans ce document et la présentation des données qui y figurent n'impliquent de la part de l'Organisation mondiale de la Santé aucune prise de position quant au statut juridique des pays, territoires, villes ou zones, ou de leurs autorités, ni quant au tracé de leurs frontières ou limites. Les lignes en pointillé sur les cartes représentent des frontières approximatives dont le tracé peut ne pas avoir encore fait l'objet d'un accord définitif.

La mention de firmes et de produits commerciaux n'implique pas que ces firmes et produits commerciaux sont agréés ou recommandés par l'Organisation mondiale de la Santé de préférence à d'autres, de nature similaire et qui ne sont pas mentionnés. Sauf erreur ou omission, une majuscule initiale indique qu'il s'agit d'un nom déposé.

L'Organisation mondiale de la Santé a pris toutes les dispositions voulues pour vérifier les informations contenues dans la présente publication. Toutefois, le matériel publié est diffusé sans aucune garantie, expresse ou implicite. La responsabilité de l'interprétation et de l'utilisation dudit matériel incombe au lecteur. En aucun cas l'Organisation mondiale de la Santé ne saurait être tenue responsable des préjudices subis du fait de son utilisation.

Les opinions exprimées dans la présente publication n'engagent que les auteurs cités nommément.

Groupe de rédaction

Kayla Laserson (CDC, Atlanta), René L’Herminez (KNCV TB Foundation), Pierre-Yves Norval (Coordonnateur du Groupe d’experts de l’enregistrement et de la notification, Département Halte à la Tuberculose, OMS), Arnaud Trébucq (L’Union)

Groupe d’experts du système d’enregistrement et de la notification des cas de tuberculose

Einar Heldal (Consultant de l’OMS), Kayla Laserson (CDC, Atlanta), René L’Herminez (KNCV TB Foundation), Arnaud Trébucq (L’Union), Michael Rich (Consultant de l’OMS)

Jeong Ym Bai (Ministère de la Santé de la République de Corée), Mao Tan Eang (Ministère de la Santé du Royaume du Cambodge), Rober Gie (Halte à la Tuberculose – sous-groupe chargé de la tuberculose de l’enfant) Vahur Hollo (Ministère de la Santé de l’Estonie), Chris Seebregts (Medical Research Council, Afrique du Sud)

Mirtha Del Granado, Sergio Arias (Bureau régional des Amériques), Samiha Bagdadhi, Ridha Djebeniani (Bureau régional de la Méditerranée orientale), Philippe Glaziou, Pieter van Maaren (Bureau régional du Pacifique occidental), Suvanand Sahu (Bureau régional de l’Asie du Sud-Est), Jerod Scholten (Bureau régional de l’Europe), Oumou Bah-Sow (Bureau régional de l’Afrique), Robert Matiru, Fabienne Jouberton (Partenariat Halte à la tuberculose, Dispositif mondial pour l’approvisionnement en médicaments).

Mohamed Aziz, Léopold Blanc, Daniel Bleed, Karin Bergström, Knut Lönnroth, Malgosia Grzemska, Mehran Hosseini, Pierre-Yves Norval (Coordonnateur du Groupe d’experts de l’enregistrement et de la notification), Paul Nunn, Alasdair Reid, Brian Williams (Département Halte à la tuberculose, OMS), Christopher Tantillo, Philippe Veltsos (Technologies de l’information et télécommunications, OMS)

Remerciements

Les formulaires ont été revus par le Groupe consultatif stratégique et technique pour la tuberculose (STAG-Tuberculose) et par les personnes citées ci-après, dont la contribution a été précieuse : Avijit Choudhury, William Coggins, Amal Galal, Wieslaw Jakuboviak, John Mansoor, Anna Nakanwagi-Mukwaya, Patricia Shirey, Kelly Stinson, Douglas Fraser Wares.

Nous souhaitons également remercier les 105 pays qui ont participé à l’enquête de l’OMS sur le terrain.

Table des matières

| | |
|--|-----------|
| 1. OBJET DE LA REVISION ET PROCESSUS..... | 6 |
| 1.1 OBJECTIFS DE LA REVISION | 6 |
| 1.2 PROCESSUS DE REVISION | 6 |
| 1.3 PRESENTATION DE LA REVISION | 6 |
| 1.4 ETAPES SUIVANTES | 7 |
| 1.4.1 APPROBATION..... | 7 |
| 1.4.2 DIFFUSION ET UTILISATION DES FORMULAIRES ET DES REGISTRES REVISES | 8 |
| 1.4.3 ENREGISTREMENT ET NOTIFICATION ELECTRONIQUES DES CAS DE TUBERCULOSE | 8 |
| 2. I^{ERE} PARTIE : INFORMATIONS ESSENTIELLES SUR LA TUBERCULOSE..... | 9 |
| 2.1 DEMANDE D'EXMAMEN DE FROTTIS D'EXPECTORATION, FORMULAIRE 1 | 10 |
| 2.2 REGISTRE DE LABORATOIRE (TUBERCULOSE), FORMULAIRE 2..... | 12 |
| 2.3 FICHE DE TRAITEMENT (TB), FORMULAIRE 3 | 14 |
| 2.4 CARTE D'IDENTITE DU PATIENT TUBERCULEUX, FORMULAIRE 4 | 17 |
| 2.5 REGISTRE DES CAS DE TUBERCULOSE DANS L'UGB, FORMULAIRE 5 | 19 |
| 2.6 RAPPORT TRIMESTRIEL SUR L'ENREGISTREMENT DES CAS DE TB DANS L'UGB, FORMULAIRE 6..... | 22 |
| 2.7 RAPPORT TRIMESTIREL SUR LE RESULTAT DES TRAITEMENTS ANTITUBERCULEUX ET LES ACTIVITES TB/VIH DANS L'UGB, FORMULAIRE 7 | 24 |
| 2.8 FORMULAIRE DE COMMANDE TRIMESTRIELLE D'ANTITUBERCULEUX, FORMULAIRESS 8, 8A ET 8B .. | 26 |
| 2.9 FORMULAIRE DE COMMANDE TRIMESTRELLE DE FOURNITURES DE LABORATOIRE DANS L'UGB, FORMULAIRE 9..... | 30 |
| 2.10 RAPPORT ANNUEL SUR LA GESTION DU PROGRAMME DANS L'UGB, FORMULAIRE 10 | 32 |
| 2.11 ORIENTATION OU TRANSFERT EN VUE D'UN TRAITEMENT ANTITUBERCULEUX, FORMULAIRE 11 | 35 |
| 3. II^{EME} PARTIE : INFORMATIONS ESSENTIELLES SUR LA TUBERCULOSE (UGB PRATIQUANT LA MISE EN CULTURE SYSTEMATIQUE)..... | 37 |
| 3.1 DEMANDE DE FROTTIS D'EXPECTORATION, DE CULTURE, DE TEST DE PHARMACOSENSIBILITE, FORMULAIRE I..... | 39 |
| 3.2 REGISTRE DE LABORATOIRE (TUBERCULOSE) POUR LA MISE EN CULTURE, FORMULAIRE II..... | 40 |
| 3.3 FICHE DE TRAITEMENT (TB), FORMULAIRE III | 42 |
| 3.4 CARTE D'IDENTITE DU PATIENT TUBERCULEUX, FORMULAIRE IV | 44 |
| 3.5 REGISTRE DES CAS DE TUBERCULOSE TB (POUR LES UGB PRATIQUANT LA MISE EN CULTURE SYSTEMATIQUE ET LES TESTS DE PHARMACOSENSIBILITE), FORMULAIRE V | 45 |
| 3.6 RAPPORT TRIMESTRIEL SUR L'ENREGISTREMENT DES CAS DE TUBERCULOSE (UGB PRATIQUANT LA MISE EN CULTURE SYSTEMATIQUE), FORMULAIRE VI..... | 47 |
| 3.7 RAPPORT TRIMESTRIEL SUR LE RESULTAT DES TRAITEMENTS ANTITUBERCULEUX ET LES ACTIVITES TB/VIH (UGB PRATIQUANT LA MISE EN CULTURE SYSTEMATIQUE ET LES TESTS DE PHARMACOSENSIBILITE), FORMULAIRE VII | 48 |
| 3.8 FORMULAIRE DE COMMANDE TRIMESTRIELLE DE FOURNITURES DE LABORATOIRE DANS L'UGB POUR LES CULTURES ET LES TESTS DE PHARMACOSENSIBILITE, FORMULAIRE VIII | 49 |
| 4. III^{EME} PARTIE: INFORMATIONS COMPLEMENTAIRES SUR LA TUBERCULOSE..... | 50 |
| 4.1 REGISTRE DES CAS SUSPECTS DE TUBERCULOSE, FORMULAIRE A | 51 |
| 4.2 REGISTRE DE LABORATOIRE (TUBERCULOSE), FORMULAIRE B..... | 52 |
| 4.3 FICHE DE TRAITEMENT (TB), FORMULAIRE C | 52 |
| 4.4 REGISTRE DES CAS DE TUBERCULOSE DANS L'UGB , FORMULAIRE D..... | 52 |
| 4.5 RAPPORT TRIMESTRIEL SUR L'ENREGISTREMENT DES CAS DE TB DANS L'UGB, FORMULAIRE E..... | 52 |
| 4.6 REGISTRE DES CONTACTS DE PATIENTS TUBERCULEUX, FORMULAIRE F | 53 |
| 4.7 RAPPORT TRIMESTRIEL SUR LA CONVERSION DES FROTTIS D'EXPECTORATION, FORMULAIRE G..... | 54 |
| 4.8 RAPPORT TRIMESTRIEL SUR LE RESULTAT DES TRAITEMENTS ANTITUBERCULEUX ET LES ACTIVITES TB/VIH DANS L'UGB, FORMULAIRE H..... | 55 |
| 4.9 REGISTRE DES PATIENTS TUBERCULEUX ORIENTES, FORMULAIRE I | 56 |
| ANNEXES : FORMULAIRES ET REGISTRES ACTUELS | 57 |
| ANNEX 1 REQUEST FOR SPUTUM EXAMINATION..... | 58 |
| ANNEX 2 REGISTER OF TB SUSPECTS | 59 |
| ANNEX 3 TB LABORATORY REGISTER | 60 |
| ANNEX 4 TB TREATMENT CARD | 61 |

| | |
|---|----|
| ANNEX 5 DISTRICT TB REGISTER..... | 63 |
| ANNEX 6 QUARTERLY REPORT ON SPUTUM CONVERSION | 65 |
| ANNEX 7 QUARTERLY REPORT ON TB CASE REGISTRATION..... | 66 |
| ANNEX 8 QUARTERLY REPORT ON TB TREATMENT OUTCOMES..... | 67 |
| ANNEX 9 QUARTERLY REPORT ON PROGRAMME MANAGEMENT A, B, C..... | 68 |
| ANNEX 10 TB REFERRAL/TRANSFER | 72 |

1. Objet de la révision et processus

1.1. Objectifs de la révision

Le Département Halte à la tuberculose de l'OMS a entrepris, en collaboration avec des organismes techniques partenaires, une révision du système d'enregistrement et de notification des cas de tuberculose **afin que les formulaires et les registres soient conformes à la nouvelle stratégie Halte à la tuberculose.** Ces nouveaux formulaires et registres permettent de contrôler plus facilement les 6 éléments et des 18 sous-éléments de la stratégie Halte à la tuberculose, qui a été mise au point en vue d'atteindre les objectifs du Millénaire pour le développement.

Le recueil de données sur la tuberculose s'inscrit dans le système général d'information sanitaire, qui vise :

1. à garantir aux patients des soins de qualité et complets, la communication des informations les concernant et le transfert des informations entre les établissements de santé ;
2. à aider le personnel à fournir des services adéquats aux patients ;
3. à permettre aux responsables, à différents niveaux du Programme national de lutte contre la tuberculose (PNLT), de contrôler le fonctionnement du programme selon des normes, de sorte que des comparaisons soient possibles au niveau international ;
4. à fournir une base pour mettre au point des programmes et des politiques.

1.2. Processus de révision

La révision a débuté en avril 2005, comme indiqué ci-après :

- Le groupe d'experts du système d'enregistrement et de notification des cas de tuberculose, qui compte 30 membres, issus des CDC, du KNCV, d'Union et des six bureaux régionaux de l'OMS, ainsi que les administrateurs de certains PNLT, s'est réuni quatre fois, en avril, en mai et en septembre 2005, puis en juin 2006.
- Les projets de formulaires et de registres, ainsi que les principes directeurs, destinés à être testés sur le terrain, ont été mis au point entre avril et septembre 2005 grâce à des échanges et des consultations entre plusieurs experts appartenant aux principaux organismes techniques partenaires (OMS, l'Union, KNCV, CDC, GDF), les groupes et les sous-groupes de travail du Partenariat Halte à la tuberculose (extension du DOTS, co-infection TB/HIV, TB-MR, tuberculose de l'enfant, arbres décisionnels pour le diagnostic -http://www.stoptb.org/wg/tb_hiv/-, partenariats public-privé, initiatives en faveur des pauvres -http://www.stoptb.org/wg/dots_expansion/subgroup_tor.asp) et les parties intéressées dans les pays.
- Début novembre 2005, les formulaires, les registres et les principes directeurs révisés, à l'état de projets, ont été postés sur Internet, au format Word (en anglais et en français) pour que les pays les testent et les adaptent.
- Les informations concernant les projets de formulaires ont été communiquées aux six bureaux régionaux de l'OMS qui ont, à leur tour, informé la plupart des administrateurs de PNLT.
- L'adresse de courrier électronique destinée à envoyer des observations (TBrecordingandreporting@who.int), qui a également été communiquée, a été largement utilisée (490 messages reçus) dans le cadre d'une enquête de l'OMS sur le test des formulaires et des registres dans les pays.
- 105 pays ont participé à cette enquête, dont près des 3/4 (74 pays) avaient récemment révisé leurs formulaires, dans 2/3 des cas pour y inclure les activités relatives à la co-infection TB/VIH. 1/3 des pays a utilisé des systèmes de notification et d'enregistrement électroniques, globaux ou individuels.
- Les pays ont testé les formulaires et les registres pendant 8 mois, avec la participation des organismes techniques partenaires (CDC, KNCV, L'Union, OMS) dans certains domaines.

- Un document intitulé « Revising the Tuberculosis (TB) Recording and Reporting Information System » [Révision du système d'enregistrement et de notification des cas de tuberculose], qui a été soumis à l'Int J Tuberc Lung Dis, est actuellement en cours de publication.

Les documents révisés présentés ci-après sont le fruit de longs débats qui ont généralement débouché sur de délicats compromis tenant compte des souhaits et des exigences multiples de différentes organisations, de différents groupes de travail et de plusieurs personnes.

1.3. Présentation des documents révisés

Les formulaires et les registres révisés mis au point par le Groupe d'experts comportent trois parties qui devront être considérées comme complémentaires lors de leur adaptation dans les pays. Les annexes contiennent les formulaires et les registres actuellement recommandés par l'OMS, qui ont servi de base à l'établissement de cette nouvelle version.

1. I^{ère} partie : Informations essentielles sur la tuberculose
2. II^{ème} partie : Informations essentielles sur la tuberculose en cas de mise en culture systématique
3. III^{ème} partie : Informations supplémentaires sur la tuberculose

Ce document n'est pas un guide. Il ne présente que les changements apportés aux formulaires d'enregistrement et aux registres actuels. Pour faciliter la lecture, les ajouts et les modifications sont entourés en bleu dans chaque série de formulaires (parties I, II et III) et les suppressions sont entourées en rouge pointillé (annexes, pages 57-72). Les raisons de ces modifications sont expliquées.

Les formulaires actuellement recommandés par l'OMS sont tirés des publications suivantes : *Management of tuberculosis: training for district TB coordinators, WHO/HTM/TB/2005.347a-m* et *Management of tuberculosis: training for health facility staff, WHO/CDS/TB/2003.314a-k*. Les définitions et les indicateurs relatifs à la tuberculose sont repris des publications suivantes : *Compendium of Indicators for Monitoring and Evaluating National Tuberculosis Programs, WHO/HTM/TB/2004.344* et *A guide to monitoring and evaluation for collaborative TB/HIV activities WHO/HTM/TB/2004.342, WHO/HIV/2004.09*.

Le Groupe d'experts a aussi recommandé à l'OMS et à ses partenaires de fournir des orientations aux programmes nationaux de lutte antituberculeuse afin qu'ils profitent de l'adoption du système révisé pour élargir et améliorer leurs systèmes électroniques d'enregistrement et de notification.

1.4. Etapes suivantes

1.4.1. Approbation

Les formulaires et registres révisés ont déjà été approuvés par Groupe consultatif stratégique et technique pour la tuberculose (STAG-Tuberculose) pour le compte de l'OMS, KNCV, l'Union et les CDC.

1.4.2. Diffusion et utilisation des formulaires et des registres révisés

La version finale des formulaires d'enregistrement et de notification révisés sera présentée à Paris le **30 octobre 2006**, à la réunion des groupes de travail du Partenariat Halte à la tuberculose et le lendemain à la Conférence mondiale de l'Union internationale contre la tuberculose et les maladies respiratoires.

Diffusion : Les formulaires et registres révisés seront postés sur Internet et largement distribués aux administrateurs de PNT et aux parties intéressées, par courrier électronique et lors de réunions et de visites dans les pays. Ces documents seront distribués aux partenaires sur CD-Rom et aux pays par l'intermédiaire des bureaux régionaux de l'OMS. Des lignes directrices et du matériel pédagogique sur les

formulaires et les registres seront également publiés par l'OMS dans des ouvrages actuellement en préparation, tels qu'un manuel sur la tuberculose et la nouvelle version des cours de formation intitulés *Management of tuberculosis: training for district TB coordinators* et *Management of tuberculosis: training for health facility staff*.

Utilisation : Les formulaires, les lignes directrices et le matériel pédagogique seront adoptés et adaptés dans les pays sur la base des documents généraux. Les documents révisés seront utilisés par le Groupe de travail de l'extension de la stratégie DOTS (DEWG), au niveau mondial et par les programmes nationaux de lutte antituberculeuse dans les pays, parallèlement aux autres éléments nouveaux de la stratégie Halte à la tuberculose. Pour la plupart des formulaires et des registres révisés, une formation et un encadrement sur le terrain seront nécessaires. L'utilisation de formulaires supplémentaires, tels que le *Rapport annuel sur la gestion du programme dans les unités de gestion de base* (n°10), exigera une formation plus approfondie. Le suivi de l'utilisation des formulaires et registres révisés fera l'objet d'une nouvelle enquête de l'OMS fin 2007.

1.4.3. Enregistrement et notification électroniques des cas de tuberculose

Dans la lutte contre la tuberculose, trop peu d'attention a été accordée à l'enregistrement et à la notification électroniques, qui est d'une importance cruciale alors que la demande de données s'accroît. Les systèmes électroniques doivent avoir la même structure que les systèmes sur papier.

Le groupe d'experts de l'enregistrement et de la notification électroniques, qui succèdera au groupe d'experts actuel, comprendra, en outre, des spécialistes de l'informatique. Il s'agit de **favoriser la mise au point et l'utilisation de systèmes d'enregistrement et de notification électroniques normalisés**. L'équipe Stratégie antituberculeuse et systèmes de santé (TBS) du Département Halte à la tuberculose de l'OMS facilitera et coordonnera les travaux du groupe d'experts de l'enregistrement et de la notification électroniques. Un plan, accompagné d'un budget incluant l'appui technique, sera élaboré.

Etapes suivantes :

- Fournir **différents systèmes d'enregistrement et de notification électroniques**, ainsi que des orientations claires sur la manière et le moment les plus avantageux pour mettre sur pied (ou adapter) un système, selon le pays.
- Contrôler l'utilisation des systèmes d'enregistrement et de notification électroniques dans les pays.
- Elaborer des **lignes directrices sur le contrôle de la qualité des données**, pour les systèmes sur papier et les systèmes électroniques.
- Former un groupe de consultants pour qu'ils puissent soutenir la mise en place des systèmes d'enregistrement et de notification électroniques.
- Explorer le marché privé de l'enregistrement et de la notification électroniques.
- Se réunir régulièrement (fréquence à définir par TBS).

Formulaires et registres pour l'enregistrement et la notification des cas de tuberculose (version 2006)

2. 1^{ère} partie : Informations essentielles sur la tuberculose



Sur chaque formulaire, les ajouts et les modifications sont entourés en bleu

Les suppressions par rapport à la série actuelle de formulaires sont entourées en rouge pointillé (annexes, pages 57-72).

Demande d'examen de frottis d'expectoration

Le formulaire dûment complété et indiquant les résultats doit être rapidement envoyé par le laboratoire à l'établissement ayant demandé l'examen

Etablissement demandeur¹ _____ Date _____

Nom du patient _____ Age _____ Sexe : M F

Adresse complète _____

Motif de l'examen :

Diagnostic

OU Suivi Nombre de mois de traitement : _____ N° sur le registre de l'UGB.² _____

Nom et signature de la personne demandant l'examen _____

1. y compris tous les établissements et prestataires de santé publics et privés

2. Penser à indiquer le numéro du patient dans le registre de l'UGB pour le suivi en cas de chimiothérapie

RESULTATS (à compléter au laboratoire)

N° de série du laboratoire _____

| Date de recueil ³ | Echantillon d'expectoration | Aspect visuel ⁴ | Résultats | | | | |
|------------------------------|-----------------------------|----------------------------|-----------|-------|-----|------|-------|
| | | | NEG | (1-9) | (+) | (++) | (+++) |
| | 1 | | | | | | |
| | 2 | | | | | | |
| | 3 | | | | | | |

3. A compléter par la personne qui recueille l'expectoration

4. Expectoration sanguine, expectoration mucopurulente, présence de salive

Examiné par _____

Date _____

Signature _____

Formulaire 1, Demande d'examen de frottis d'expectoration

Ajouts (entourés en bleu) et justification :

- « Etablissement demandeur », ajouté en sous-titre, remplace « Nom de l'unité de traitement ». Ce changement facilitera le suivi des activités public-privé (PPM), qui correspond à l'élément 4 de la stratégie Halte à la tuberculose (impliquer tous les soignants), renvoie aux colonnes ajoutées dans le *Registre de laboratoire*, intitulées « Etablissement demandeur » et permet d'obtenir des informations sur l'activité PPM, qui sera reprise dans le *Rapport annuel sur la gestion du programme dans l'UGB*. La formulation correspond également au *Registre des cas suspects de tuberculose* et au *Formulaire de transfert ou d'orientation en vue d'un traitement*.
- La note de bas de page n°1 vise à encourager tous les établissements publics et privés répondant aux critères de l'élément 4 (engager tous les soignants) à remplir ce formulaire, à collaborer et à apporter leurs compétences.
- La note de base de page n°3 permet de contrôler le nombre d'échantillons envoyés et la date à laquelle ils ont été recueillis.

Modifications (entourées en bleu) et justification :

- Dans l'ensemble des formulaires, « examen d'expectoration » est remplacé par « examen de frottis d'expectoration ».
- « UGB » est utilisé à la place de « District », selon la définition figurant dans le *Compendium of Indicators for Monitoring and Evaluating National Tuberculosis Programs, WHO/HTM/TB/2004.344*.
- La colonne « Aspect visuel » ajoutée dans le tableau des résultats permet de donner une réponse distincte pour chaque échantillon. Les experts de laboratoire ont estimé qu'il était important de connaître l'aspect visuel de l'expectoration pour déterminer la validité de l'échantillon.
- Dans la rubrique des résultats, la classification précédente et la colonne « rare » sont remplacées par « NEG » et « 1-9 », conformément aux recommandations du sous-groupe chargé des laboratoires et aux lignes directrices actualisées sur les laboratoires.
- « Signature du collecteur d'expectoration » est remplacé par « Nom et signature de la personne demandant l'examen ». Cette légère modification, qui permet une évaluation personnelle et suppose une responsabilité individuelle, vise à améliorer la qualité des réponses.
- Une rubrique permettant d'ajouter le nom de la personne examinant l'échantillon a été ajoutée pour permettre une évaluation personnelle et la prise de responsabilités individuelles, ce qui devrait améliorer la qualité des examens.

Suppressions (entourées en rouge pointillé à l'annexe 1, page 57) et justification :

- « District » a été supprimé car cette information est sous-entendue dans la rubrique précédente « adresse complète ».
- « N° du cas suspect de tuberculose » a été supprimé car un *Registre des cas suspects de tuberculose* figure maintenant dans une nouvelle partie concernant les données supplémentaires sur la tuberculose (III^{ème} partie). Cependant, dans les pays qui utilisent ce registre, l'information restera.
- On a considéré que la « localisation de la maladie » ne relevait pas de la compétence du laboratoire et cette rubrique a donc été supprimée.

Registre de laboratoire (tuberculose)

Ces notes de bas de page n'apparaissent que sur la première page du registre

11 Etablissement qui envoie le patient (l'échafaud ou l'expectoration ou les lames) pour un examen de frotts d'expectoration. Se référer aux types normalisés d'établissements, suivant le tableau 2 du *Rapport annuel sur la gestion du programme dans l'UGB*. « Etablissement demandeur » s'entend de tout prestataire de soins de santé qui remplit l'une des fonctions suivantes dans le cadre de la lutte contre la tuberculose (DOTS) : orientation des cas (suspects), diagnostic

2 Indiquer le résultat pour chaque échantillon : (NEG) : 0 BAAR/100 champs ; (1-9) nombre exact si 1 à 9 BAAR/100 champs ; (+) : 10-99 BAAR/100 champs ; (++) : 1-10 BAAR/ champ ; (+++) : > 10 BAAR/ champ.

3 Ne concerne que les cas de tuberculose à frottis positif nouvellement diagnostiqués. Indiquer le nom de l'UJB et le n° du patient dans le registre de l'UJB. Il s'agit de pouvoir vérifier régulièrement que tous les patients à frottis positif sont bien inscrits sur le registre de l'UJB et qu'ils reçoivent un traitement.

Formulaire 2, Registre de laboratoire (tuberculose)

Deux colonnes ont été ajoutées pour contrôler la contribution des partenariats public-privé (PPM) à l'orientation des patients ou à l'envoi des échantillons d'expectoration, qui correspond à l'élément 4 de la stratégie Halté à la tuberculose (impliquer tous les soignants) et pour vérifier ou suivre les cas diagnostiqués et traités. Les autres modifications, moins importantes, sont expliquées ci-après.

Ajouts (entourés en bleu) et justification :

- Les informations figurant dans la colonne 7 « Nom de l'établissement demandeur » et la note de bas de page n°1 doivent être reprises dans le *Rapport annuel sur la gestion du programme dans l'UGB*. Les liens et la formulation correspondent aux informations figurant dans le Formulaire 1 intitulé *Demande d'examen de frottis d'expectoration*, au *Formulaire de transfert ou d'orientation en vue d'un traitement* et au *Registre des cas suspects de tuberculose*. La liste des établissements demandeurs doit correspondre à la case « Etablissement demandeur » de la *Fiche de traitement* et doit être adaptée en fonction de la situation locale.
- A la colonne 8, dans les deux subdivisions « diagnostic » et « suivi », les mentions « cocher » et « mois » ont été ajoutées. L'indication du mois de contrôle dans la colonne diagnostic permet de connaître le résultat au 2^{ème} mois, considéré comme essentiel pour évaluer la qualité globale du contrôle en laboratoire.
- A la colonne 10, le « N° sur le registre de l'UGB et sur le registre des cas de TB » et la note de bas de page n°3 ont été ajoutés afin qu'il soit possible de vérifier qu'au sein d'une même UGB, les cas diagnostiqués et les cas traités correspondent et de retrouver les cas diagnostiqués orientés vers une autre UGB.
- Rappel : les notes de bas de page n'apparaissent parfois que sur la première page du registre, pas nécessairement sur chaque page.

Modifications (entourées en bleu) et justification :

- A la colonne 2, « date » est remplacé par « Date réception échantillon » afin de distinguer la date d'enregistrement de la date de réception de la première série d'échantillons. Cela améliore la cohérence entre les UGB et permet de calculer le temps écoulé entre la date du diagnostic et la date de début du traitement, en supposant que l'échantillon est examiné le jour même de son arrivée, comme l'OMS le recommande.
- A la colonne 6, « Adresse complète (pour les nouveaux patients) » est remplacé par « Adresse complète (patients à diagnostiquer) », formulation plus cohérente avec la mention « Diagnostic » à la colonne 8. L'adresse complète n'a pas toujours d'intérêt dans ce formulaire : si un patient positif ne revient pas chercher les résultats de l'examen, il faut utiliser l'adresse complète figurant sur le formulaire de « Demande d'examen de frottis d'expectoration ».
- A la colonne 9, « Résultats microscopie » est remplacé par « Résultat de l'examen du frottis d'expectoration » afin que la formulation soit cohérente. La note de bas de page n°2 indique le nouveau sigle à utiliser en cas de résultat négatif (NEG) et un nouveau classement (1-9) pour les résultats faiblement positifs.

Suppressions (entourées en rouge pointillé à l'annexe 3 page 59) et justification :

- Colonnes 6 et 9 : petites modifications d'édition indiquées au paragraphe ci-dessus.

Programme de lutte antituberculeuse

Formulaire 3

| Fiche de traitement (TB) | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
|--|--|--|------------|-------------------------|--------|----------|------------|-----------|-------------------------|-------------|----------|--------------|----|----|----|----|----|----|----|----|----|----|----|----|----|----|----|----|----|----|----|----|----|----|----|------|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|
| Nom : | N° dans le registre de l'UGB. | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| Sexe : <input type="checkbox"/> M <input type="checkbox"/> F | Date d'enregistrement : | Forme de la maladie (cocher une case) | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| Age : | Centre de soins : | <input type="checkbox"/> Pulmonaire <input type="checkbox"/> Extrapulmonaire, préciser _____ | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| Adresse : | Type de patient (cocher une case) <input type="checkbox"/> Nouveau cas <input type="checkbox"/> Traitement après interruption <input type="checkbox"/> Rechute <input type="checkbox"/> Traitement après échec <input type="checkbox"/> Transfert entrant <input type="checkbox"/> Autre, préciser _____ | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| <table border="1"> <thead> <tr> <th colspan="3">Frottis d'expectoration</th> <th>Poids (kg)</th> </tr> <tr> <th>Mois</th> <th>Date</th> <th>N° du labo.</th> <th>Résultat</th> </tr> </thead> <tbody> <tr> <td>0</td> <td></td> <td></td> <td></td> </tr> <tr> <td></td> <td></td> <td></td> <td></td> </tr> </tbody> </table> | | | | Frottis d'expectoration | | | Poids (kg) | Mois | Date | N° du labo. | Résultat | 0 | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| Frottis d'expectoration | | | Poids (kg) | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| Mois | Date | N° du labo. | Résultat | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| 0 | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| <p>Nom et adresse de l'accompagnateur du traitement (si pertinent) :</p> <p>I. PHASE INITIALE - schéma thérapeutique et posologie Adressé par :</p> <p><input type="checkbox"/> Venu de lui-même <input type="checkbox"/> Membre de la communauté <input type="checkbox"/> Etablissement public <input type="checkbox"/> Etablissement/prestataire privé <input type="checkbox"/> Autre (préciser) _____</p> <p>CAT (I, II , III) : _____</p> <p>Nombre de comprimés par prise et posologie de S : S _____ (RHZE) _____</p> <table border="1"> <tr> <td>ARV</td> </tr> <tr> <td>Autres</td> </tr> </table> <p>Co-infection TB/HIV</p> <table border="1"> <tr> <td>Test VIH</td> <td>Date</td> <td>Résultat*</td> </tr> <tr> <td>Début du co-trimoxazole</td> <td></td> <td></td> </tr> <tr> <td>Début du TAR</td> <td></td> <td></td> </tr> </table> <p>*<i>(Pos) Positif; (Nég) Négatif; (I) Indéterminé; (nsp) Pas de dépistage/inconnu</i></p> | | | | ARV | Autres | Test VIH | Date | Résultat* | Début du co-trimoxazole | | | Début du TAR | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| ARV | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| Autres | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| Test VIH | Date | Résultat* | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| Début du co-trimoxazole | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| Début du TAR | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| <p>Cocher la case correspondant au jour où les médicaments sont distribués</p> <p>Délivrance quotidienne : indiquer le signe ✓. Délivrance pour plusieurs jours : faire une croix le jour où le patient vient chercher ses médicaments et tirer un trait jusqu'au dernier jour pour lequel il est approvisionné. Indiquer Ø si le patient ne vient pas chercher ses médicaments.</p> <table border="1"> <thead> <tr> <th>Jour</th> <th>1</th> <th>2</th> <th>3</th> <th>4</th> <th>5</th> <th>6</th> <th>7</th> <th>8</th> <th>9</th> <th>10</th> <th>11</th> <th>12</th> <th>13</th> <th>14</th> <th>15</th> <th>16</th> <th>17</th> <th>18</th> <th>19</th> <th>20</th> <th>21</th> <th>22</th> <th>23</th> <th>24</th> <th>25</th> <th>26</th> <th>27</th> <th>28</th> <th>29</th> <th>30</th> <th>31</th> </tr> </thead> <tbody> <tr> <td>Mois</td> <td></td> </tr> </tbody> </table> | | | | Jour | 1 | 2 | 3 | 4 | 5 | 6 | 7 | 8 | 9 | 10 | 11 | 12 | 13 | 14 | 15 | 16 | 17 | 18 | 19 | 20 | 21 | 22 | 23 | 24 | 25 | 26 | 27 | 28 | 29 | 30 | 31 | Mois | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| Jour | 1 | 2 | 3 | 4 | 5 | 6 | 7 | 8 | 9 | 10 | 11 | 12 | 13 | 14 | 15 | 16 | 17 | 18 | 19 | 20 | 21 | 22 | 23 | 24 | 25 | 26 | 27 | 28 | 29 | 30 | 31 | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| Mois | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |

III. PHASE D'ENTRETIEN

Nombrer de comprimés par prise

| | |
|-------|--|
| (RH) | |
| (RHE) | |

Délivrance quotidienne : indiquer le signe ✓. Délivrance pour plusieurs jours : faire une croix le jour où le patient vient chercher ses médicaments et tirer un trait jusqu'au dernier jour pour lequel il est approvisionné. Indiquer Ø si le patient ne vient pas chercher ses médicaments.

~~Radiographie (au début)~~

10

Résultats (-), (+),
indéterminé

Prise en charge du VI

N° d'annuaire avant la TAB

Numérisation des CDA

FLEXIBLE DYNAMIC TAU CONTROL

Eligible pour un TAR (UN)

N° d'enregistrement ayant le
Date approx. D'éligibilité

Observations:

卷之三

THE JOURNAL OF CLIMATE

THE JOURNAL OF CLIMATE

卷之三

THE JOURNAL OF CLIMATE

THE JOURNAL OF CLIMATE

THE JOURNAL OF CLIMATE

卷之三

卷之三

卷之三

Nom et adresse des personnes en contacts du cas:

Formulaire 3, Fiche de traitement (TB) Ajouts (entourés en bleu) et justification :

Recto

- L'encadré « Adressé par » a été ajoutée pour permettre de consigner dans le *Registre des cas de tuberculose dans l'UGB* (données supplémentaires, 1^{ère} partie) la contribution de la communauté à l'orientation des patients, puis de l'inscrire dans le *Rapport annuel sur la gestion du programme dans l'UGB* (formulaire 10, tableau 3), conformément à l'élément 5 de la Stratégie Halté à la tuberculose (donner aux personnes atteintes de tuberculose et aux communautés la capacité d'agir). Les membres de la communauté sont les praticiens informels qualifiés et régulièrement encadrés, les agents communautaires ou les bénévoles, les membres de la famille et les amis qui fournissent un service hors d'un établissement de santé. La liste figurant dans l'encadré « Adressé par » doit correspondre à la liste des établissements demandeurs figurant dans le *Registre des cas de tuberculose dans l'UGB* et dans le *Rapport annuel sur la gestion du programme dans l'UGB*, et doit être adaptée en fonction de la situation locale.
- 2 rubriques, sur la co-infection TB-VIH et sur d'autres médicaments, ont été ajoutées afin que les activités relatives à la co-infection TB-VIH soient consignées dans le registre et dans les rapports trimestriels, conformément à l'élément 2 de la Stratégie Halté à la tuberculose (lutter contre la co-infection TB-VIH). L'enregistrement de la sérologie VIH doit présenter toutes les garanties de confidentialité. Seules les personnes qui ont besoin des informations qui y figurent –généralement les soignants directement en contact avec les patients– doivent avoir accès aux fiches de traitement. Les fiches doivent être conservées en lieu sûr (par exemple, dans un placard fermé à clé). Tous les formulaires d'enregistrement et de notification sont confidentiels, qu'ils comportent ou non des informations sur la sérologie VIH.

Verso

- La réalisation de clichés radiographiques et la prise en charge des patients vivants avec le VIH étant de plus en plus courantes chez les malades de la tuberculose séropositifs, 2 rubriques ont été ajoutées à ce sujet.

Modifications (entourées en bleu) et justification:

Recto

- Les catégories I, II et III sont regroupées dans un seul encadré.
- 3 présentations pharmaceutiques ont été retenues pour les antituberculeux et la posologie.
- Pour les tableaux concernant la délivrance des médicaments lors de la phase initiale et lors de la phase d'entretien, les indications en note de bas de page sont similaires : il y a 3 types de signes (✓, X et Ø) et un trait doit être tiré pour indiquer la période pour laquelle le patient a reçu la quantité de médicaments voulue. Ces signes facilitent le calcul des quantités de médicaments, auto-administrés, remis aux accompagnateurs ou pris sous le contrôle des soignants.

Verso

- Pour les antituberculeux et la posologie, 3 présentations pharmaceutiques ont été retenues.

Suppressions (entourées en rouge pointillé à l'annexe 4, page 60) et justification :

Recto

- Les encadrés sur la fréquence des prises ont été supprimés, conformément au schéma thérapeutique recommandé de préférence (WHO/CDS/TB/2003_313, révisé chapitre 4, juin 2004 http://www.who.int/tb/publications/cds_tb_2003_313/en/index.html)
- 4 colonnes indiquant le nombre de doses, la quantité mensuelle totale de doses et le nombre de doses délivrées à l'accompagnateur et la date à laquelle elles ont été délivrées, ont été supprimées car on a considéré qu'elles faisaient double emploi avec les informations fournies dans le tableau sur la distribution quotidienne/mensuelle de médicaments.

Verso

- Les encadrés sur la fréquence des prises ont été supprimés, conformément au schéma thérapeutique recommandé.
- 2 colonnes indiquant le nombre de doses et la quantité mensuelle totale de doses ont été supprimées car on a considéré qu'elles faisaient double emploi avec les informations fournies dans le tableau sur la distribution quotidienne/mensuelle de médicaments.

Carte d'identité du patient tuberculeux

Nom : _____ N° dans le registre de l'UGB : _____

Adresse : _____ Date d'enregistrement : _____

Sexe: M F Age: _____ Date de début du traitement: _____

Centre de soins : _____

Accompagnateur (nom et adresse): _____

| Frottis d'expectoration | | | Poids (kg) |
|-------------------------|------|------------|------------|
| Mois | Date | N° du labo | Résultat |
| 0 | | | |
| | | | |
| | | | |
| | | | |
| | | | |

Forme de la maladie (cocher une case) Pulmonaire Extrapulmonaire : _____**Type de patient** (cocher une case)

- Nouveau Traitement après Interruption
 Rechute Traitement après échec
 Transfert entrant Autre _____

I. PHASE INITIALECAT (I, II, III): (RHZE) S
Médicaments et posologie :**II. PHASE D'ENTRETIEN**(RH) (RHE) Autres
Médicaments et posologie:

Dates des rendez-vous : _____

Date d'enregistrement : _____

Date de début du traitement: _____

Centre de soins : _____

Accompagnateur (nom et adresse): _____

| | | |
|-----------|--|--|
| A RETENIR | | |
|-----------|--|--|

Formulaire 4, Carte d'identité du patient tuberculeux

La présente carte d'identité, similaire à la précédente version, ne comporte que peu de modifications.

Ajouts (entourés en bleu) et justification : néant

Modifications (entourées en bleu) et justification:

- Les catégories I, II et III sont regroupées dans un seul encadré.
- Pour les antituberculeux et la posologie, 3 présentation pharmaceutiques ont été retenues.

Suppressions (entourées en rouge pointillé) et justification : néant

Programme de lutte antituberculeuse
Registre des cas de tuberculose dans l'unité de gestion de base - page de gauche

Les notes de bas de page n'apparaissent que sur la première page du registre.

11 Centre qui conserve la fiche de traitement du patient. Si la fiche est conservée en plusieurs exemplaires, indiquer le centre le plus à la périphérie. Utiliser les catégories normalisées d'établissements de soins indiquées dans le tableau 2 du Rapport annuel sur la gestion du programme dans l'UGB « Centre de soins » s'entend de tout établissement de santé où les soignants remplissent officiellement l'une des fonctions suivantes dans le cadre de la lutte antituberculeuse

2 Indiquer la catégorie de traitement :
CAT I : nouveaux cas à frottis positif (+), nouveaux cas à frottis négatif (-)
3 DOTS : orientations des cas (suspects) de tuberculose, diagnostic en laboratoire, traitement et soutien des patients au cours du traitement.
=Traitement après interruption – Patient présentant une bactériologie positive et qui reprend son traitement après l'avoir interrompu pendant 2

(forme grave) et cas de tuberculose extrapulmonaire (forme grave)
par ex. : 2(RHZE)/4(RH)

CAT II : Retraitements : par ex. : 2(RHZE)S/1(RHZE)/5(RHE)

CAT III : Nouveau cas à frottis négatif et cas de tuberculose extrapulmonaire
(sous des formes moins graves) par ex. : 2(RHZE)/4(RH)

mois consécutifs ou plus.

T=Transfert entrant – Patient qui a été transféré d'un registre d'une autre UGB pour poursuivre son traitement. Ce type de patient est exclu des *Rapports trimestriels sur l'enregistrement des cas de tuberculose et sur les résultats des traitements*

Au=Autre cas traité précédemment – Tous les cas qui ne répondent pas aux définitions ci-dessus. Ce groupe comprend les patients à frottis positif pour lesquels on ne connaît pas les résultats du traitement précédent ou les antécédents, les patients à frottis négatif précédemment traités, les patients atteints de tuberculose extrapulmonaire précédemment traités et les patients atteints de tuberculose chronique (les patients qui présentent des frottis positifs à l'issue d'un retraitement).

E=Traitement après échec – Patient qui commence un retraitement après l'échec du traitement précédent.

Registre des cas de tuberculose dans l'unité de gestion de base - page de droite

Ces notes de base n'annonceront rien sur la première page du registre

Ces notes de bas de page n'apparaissent que sur la première page du registre. Ces patients de la catégorie I sont soumis à un examen d'expectoration au bout de 2 mois et les patients de la catégorie II au bout de 3 mois, à titre de suivi. Les patients de la catégorie I dont le rhéum initial a évolué au-delà de 2 mois sont soumis à un examen d'expectoration à la fin du 2^{ème} mois.

ET du 3^{ème} mois et les résultats de ceux-ci sont inscrits dans la même case.

→ 10 BAAR/ champ

33 : positif ; (**Neg**) : négatif ; () : indéterminé ; (**NF**) : non fait / inconnu. Preuve documentée d'un test de dépistage du VIH effectué pendant ou avant que le patient tuberculeux ne soit enregistré ici. L'enregistrement de la sérologie VIH sur la fiche du patient ou dans le registre doit présenter toutes les garanties de

confidentialité
4 (Pos) : évocateur de la tuberculose ; (Nég) : pas évocateur de la tuberculose ; (NF) : non fait

5 Ne cocher qu'une case par patient :
Guérison : patient à frottis positif qui présente des frottis négatifs au cours du dernier mois de traitement et une fois au moins auparavant.

Traitement terminé : patient qui a achevé son traitement mais qui ne répond pas aux critères des catégories « guérison » ou « échec ».
Echec thérapeutique : nouveau patient présentant des frottis positifs après 5 mois de traitement ou plus, ou qui est passé à un traitement de la catégorie IV dans le cadre d'un autre protocole.

ses expectorations ont révélé une TB-MR. Patient précédemment traité présentant des frottis positifs à la fin de son traitement, ou qui est passé à un traitement de la catégorie IV car ses expectorations ont révélé une TB-MR.

Décès : patient décédé en cours de traitement, quelle que soit la cause du décès.
Perdu de vue : patient dont le traitement a été interrompu pendant 2 mois consécutifs ou plus.

Formulaire 5, Registre des cas de tuberculose dans l'UGB

Ajouts (entourés en bleu) et justification :

Page de gauche : données nécessaires à l'enregistrement des cas de tuberculose (avant le début du traitement)

- Rappel : il se peut que les notes de bas de page n'apparaissent que sur la première page du registre et pas nécessairement sur chaque page.
- La note relative au « centre de soins » (colonne 7) vise à préciser où le formulaire est conservé dans le cas de services décentralisés. Elle renvoie également au *Rapport annuel sur la gestion du programme dans l'UGB* et explique comment y consigner la contribution des activités PPM au traitement (élément 4 de la stratégie Halte à la tuberculose).
- La définition de l'échec thérapeutique a été modifiée suivant les recommandations du Groupe de travail sur la tuberculose pharmacorésistante.
- La note de bas de page correspondant à la sous-colonne « Autres cas traités précédemment » de la dernière colonne intitulée « Type de patient » propose une nouvelle définition des autres cas, qui vise à distinguer les patients précédemment traités présentant un frottis positif (rechute, traitement après échec et traitement après interruption) des autres patients précédemment traités.

Page de droite : données sur le résultat du traitement antituberculeux

- Le résultat du test dépistage du VIH est placé en début de page car ce test est recommandé au début du traitement antituberculeux (ou même avant). En somme, tous les patients doivent subir un test de dépistage VIH au début du traitement. Cette information ne devra être mentionnée que dans le *Rapport trimestriel sur l'enregistrement des cas de tuberculose*. L'enregistrement de la sérologie VIH doit être entouré de toutes les garanties de confidentialité. Seules les personnes qui ont besoin des informations qu'il contient –généralement les soignants au contact direct des patients– doivent avoir accès au *Registre des cas de tuberculose dans l'UGB*, qui doit être conservé en lieu sûr (par exemple dans un placard fermé à clé). Tous les formulaires d'enregistrement et de notification sont confidentiels, qu'ils contiennent ou non des informations sur la sérologie VIH.
- Une colonne intitulée “Radio” (avant le traitement) et une note de bas de page ont été ajoutées car on a de plus en plus souvent recours à la radiographie pour diagnostiquer la tuberculose en cas de frottis négatif.
- La date retenue pour le résultat du traitement figure dans une colonne distincte.
- 2 colonnes ont été ajoutées pour les activités relatives à la co-infection TB-VIH. Elles figurent sur cette page car le traitement de l'infection à VIH est prodigué pendant le traitement antituberculeux (même s'il a débuté avant).
- La note de bas de page 2 présente les résultats du frottis d'expectoration suivant les indications fournies par le sous-groupe Halte à la tuberculose chargé des laboratoires et selon la méthode d'enregistrement sur le *Registre de laboratoire*.

Modifications (entourées en bleu) et justification:

- Titre : « District » est remplacé par « Unité de gestion de base », suivant la définition figurant dans le *Compendium of Indicators for Monitoring and Evaluating National Tuberculosis Programs* (WHO/HTM/TB/2004.344), page 10.
- « Adresse » remplace « Adresse complète » car l'adresse complète figure sur la *Fiche de traitement* et il n'est pas nécessaire de l'indiquer à nouveau ici.

Suppressions (entourées en rouge pointillé à l'annexe 5 page 62) et justification : néant

Rapport trimestriel sur l'enregistrement des cas de TB dans l'UJGB

| | | | |
|---------------------------------|-------------------------|--|--|
| Nom de l'UJGB : _____ | Centre de soins : _____ | Patients enregistrés au ¹ trimestre de l'année _____ | |
| Nom du coordonnateur TB : _____ | Signature : _____ | Date à laquelle est rempli ce formulaire : _____ | |

Tableau 1 : Ensemble des cas de tuberculose enregistrés²

| Tuberculose pulmonaire à frottis positif | | Nouveaux cas de tuberculose pulmonaire à frottis négatif | | Frottis d'expectoration non fait / non disponible | | Nouveaux cas de tuberculose extrapulmonaire | | Autres cas précédemment traités ³ | | Nombre TOTAL des cas | |
|--|----------------------|--|----------|---|---------|---|----------|--|----------|----------------------|--|
| Nouveaux cas | Précédemment traités | 0-4 ans | 5-14 ans | ≥ 15 ans | 0-4 ans | 5-14 ans | ≥ 15 ans | 0-4 ans | 5-14 ans | ≥ 15 ans | |
| Rechutes | Après interruption | | | | | | | | | | |
| | | | | | | | | | | | |

Tableau 2. Nouveaux cas de tuberculose pulmonaire à frottis positif - par tranche d'âge

| Sexe | 0-4 | 5-14 | 15-24 | 25-34 | 35-44 | 45-54 | 55-64 | ≥ 65 | Total |
|------|-----|------|-------|-------|-------|-------|-------|------|-------|
| M | | | | | | | | | |
| F | | | | | | | | | |

Tableau 3 : Examens de laboratoire - frottis d'expectoration⁴

| Nombre de cas suspects de tuberculose pour lesquels un frottis d'expectoration a été réalisé à des fins diagnostiques | Nombre de cas suspects de tuberculose pour lesquels le frottis d'expectoration s'est révélé positif |
|---|---|
| | |

Tableau 4: Activités TB/VIH⁵

| Nouveaux cas à frottis positif | Nombre de patients ayant subi un test de dépistage du VIH avant ou pendant le traitement antituberculeux ⁵ | Nombre de patients ayant subi un test de dépistage du VIH ayant ou pendant le traitement antituberculeux ⁵ | Nombre de patients séropositifs pour le VIH ⁵ |
|---------------------------------|---|---|--|
| Ensemble des cas de tuberculose | | | |
| | | | |

¹ Le trimestre pris en considération est celui du jour où le premier cas est inscrit dans le registre, après le début du traitement. ^{1^{er} trimestre : 1^{er} janvier-31 mars ; 2^{ème} trimestre : 1^{er} avril -30 juin ; 3^{ème} trimestre : 1^{er} juillet-30 septembre ; 4^{ème} trimestre : 1^{er} octobre-31 décembre.}

² Les « transferts entrants » et les cas chroniques sont exclus. Si l'on a recours à la mise en culture systématique, il faut utiliser un formulaire distinct pour l'enregistrement des cas concernés.

³ Les autres cas traités précédemment comprennent les tuberculoses pulmonaires pour lesquelles on ignore le résultat du traitement précédent, les tuberculoses à frottis négatif précédemment traitées et les tuberculoses extrapulmonaires déjà traitées auparavant. Les « transferts entrants » et les cas chroniques sont exclus.

⁴ Données tirées du *Registre de laboratoire*, selon la date de réception de l'échantillon au laboratoire au cours du trimestre, en excluant les patients ayant bénéficié d'un examen de suivi.

⁵ Tout test de dépistage avéré du VIH (et le résultat de ce test), effectué dans un centre reconnu avant que la tuberculose n'ait été diagnostiquée ou pendant le traitement antituberculeux (jusqu'à la fin du trimestre) doit être indiqué ici.

Formulaire 6, Rapport trimestriel sur l'enregistrement des cas de TB dans l'UGB

Ajouts (entourés en bleu) et justification :

- « Unité de gestion de base » a été ajouté dans le titre, au sens de la définition figurant dans le *Compendium of Indicators for Monitoring and Evaluating National Tuberculosis Programs* (WHO/HTM/TB/2004.344), page 10.
- La rubrique « Frottis d'expectoration non fait / non disponible » a été ajoutée pour garder une trace des cas pour lesquels aucun frottis n'a été réalisé. Une meilleure notification de ces cas devrait permettre de prendre des mesures pour diminuer le nombre de cas diagnostiqués sans frottis d'expectoration.
- La tranche d'âge 0-14 ans a été divisée en 2 groupes, 0-4 ans et 5-14 ans.
- Le tableau 4 sur les activités relatives à la co-infection TB-VIH a été ajouté car il est recommandé d'effectuer un test de dépistage du VIH, essentiel en cas de co-infection, avant de commencer le traitement antituberculeux (éventuellement aussi dans les cas suspects de tuberculose ou avant d'orienter les patients vers un centre capable de diagnostiquer la tuberculose). Dans ce tableau, les cas de tuberculose à frottis positif sont séparés de l'ensemble des cas de tuberculose afin de mesurer les cas de co-infection TB-VIH parmi les cas confirmés constitués dans le groupe des tuberculoses à frottis positif.

Modifications (entourées en bleu) et justification :

- Titre : « District » est remplacé par « Unité de gestion de base », selon la définition figurant dans le *Compendium of Indicators for Monitoring and Evaluating National Tuberculosis Programs* (WHO/HTM/TB/2004.344), page 10.
- « Tuberculose à frottis positif » et « Tuberculose à frottis négatif » figurent en toutes lettres.
- « Autres » a été remplacé par « Autres cas traités précédemment » et la définition en note de bas de page est plus détaillée et plus précise que dans la version précédente. Dans la présente version, les cas de tuberculose pulmonaire à frottis négatif et les cas de tuberculose extrapulmonaire précédemment traités sont inclus plus clairement dans ce groupe.
- Le tableau 3 sur les examens de laboratoire figurait déjà dans le rapport trimestriel sur la gestion du programme mais ce formulaire était rarement utilisé.
 - Son inclusion dans ce formulaire permettra d'obtenir des informations sur les examens de laboratoire.

Suppressions (entourées en rouge pointillé à l'annexe 7 page 65) et justification : néant

Programme de lutte antituberculeuse

Rapport trimestriel sur le résultat des traitements antituberculeux et sur les activités TB/VIH dans l'UGB

Formulaire 7

| | | |
|---------------------------------|-------------------|--|
| Nom de l'UGB : _____ | Centre : _____ | Patients enregistrés au ¹ trimestre de l'année _____ |
| Nom du coordonnateur TB : _____ | Signature : _____ | Date à laquelle est rempli ce formulaire : _____ |

Tableau 1 : Résultat du traitement antituberculeux¹

| Type de cas | Nombre total de patients enregistrés au cours du trimestre* | Résultat des traitements | | | | | Nombre total de résultats évalués : (somme des colonnes 1 à 6) |
|---|---|--------------------------|----------------------------|----------------|---|-----------------------|---|
| | | Guérison (1) | Traitemen terminé (2) | Décès (3) | Echec thérapeutique ² (4) | Perdu de vue (5) | |
| Nouveaux cas à frottis positif | | | | | | | |
| Cas à frottis positif précédemment traités | | | | | | | |
| Tous les autres cas (frottis négatif, frottis non fait, extrapulmonaire, autres cas précédemment traités ³) | | | | | | | |

Chiffres à reprendre du Rapport trimestriel sur l'enregistrement des cas de tuberculose pour le trimestre concerné. Préciser les données exclues : _____

Tableau 2 . Activités TB/VIH¹

| | Nombre de patients sous co-trimoxazole ⁴ | Nombre de patients sous TAR ⁵ |
|--------------------|---|--|
| Tous les cas de TB | | |

1 Trimestre : Ce formulaire concerne les patients inscrits sur le registre des cas de tuberculose de l'UGB au cours du trimestre qui s'est achevé il y a 12 mois. Par exemple, si vous remplissez ce formulaire à la fin du deuxième trimestre, inscrivez les données relatives aux patients enregistrés au 2^{ème} trimestre de l'année précédente.

2 Inclut les patients qui sont passés à un traitement de la catégorie IV car leur échantillon d'expectoration a révélé une TB-MR.

3 Les autres cas traités précédemment comprennent les tuberculoses pulmonaires pour lesquelles on ignore le résultat du traitement précédent, les tuberculoses à frottis négatif précédemment traitées et les tuberculoses extrapulmonaires ayant fait l'objet d'un traitement auparavant. Les « transferts entrants » et les cas chroniques sont exclus.

4. Inclut les patients tuberculeux qui poursuivent une prophylaxie au co-trimoxazole instaurée avant le diagnostic de la maladie ou pendant le traitement antituberculeux (jusqu'au dernier jour du traitement).

5. Inclut les patients tuberculeux qui poursuivent un TAR instauré avant le diagnostic de la maladie ou pendant le traitement antituberculeux (jusqu'au dernier jour du traitement).

Formulaire 7, Rapport trimestriel sur le résultat des traitements antituberculeux et des activités TB/VIH dans l'UGB

Ajouts (entourés en bleu) et justification :

- « Unité de gestion de base » a été ajouté dans le titre, au sens de la définition figurant dans le *Compendium of Indicators for Monitoring and Evaluating National Tuberculosis Programs (WHO/HTM/TB/2004.344)*, page 10.
- Une rubrique, et la note de bas de page correspondante, ont été ajoutées pour les patients tuberculeux séropositifs sous co-trimoxazole et sous TAR.

Modifications (entourées en bleu) et justification :

- « Tuberculose à frottis positif » et « Tuberculose à frottis négatif » figurent en toutes lettres, dans un souci de clarté.
- Pour les cas à frottis positif précédemment traités, les 3 résultats thérapeutiques distincts (rechute, traitement après échec et traitement après interruption) sont regroupées en une seule catégorie. Cette classification est plus précise car elle exclut les patients précédemment traités, qui présentaient un frottis négatif ou pour lesquels aucun frottis n'avait été fait, ou encore qui étaient atteints d'une forme extrapulmonaire de la maladie. Le découpage actuellement proposé pour les cas précédemment traités n'est souvent pas utilisé au niveau des UGB en raison d'un nombre de cas trop faible par catégorie, et les données ne sont souvent pas analysées.
- S'agissant du résultat du traitement, les cas à frottis négatif, les cas de tuberculose extrapulmonaire et les autres cas précédemment traités sont regroupés, ce qui permet d'obtenir un indicateur important de l'impact du VIH sur la tuberculose.

Suppressions (entourées en rouge pointillées à l'annexe 8 page 66) et justification : néant

NB : Dans le *Rapport trimestriel sur l'enregistrement des cas de tuberculose*, le test de dépistage du VIH n'est mentionné qu'une seule fois, car les patients atteints de tuberculose sont soumis à un test avant le début du traitement antituberculeux (ou éventuellement en cas de suspicion de tuberculose ou avant l'orientation vers un établissement capable de diagnostiquer la maladie), conformément à la stratégie recommandée.

Formulaire de commande trimestrielle d'antituberculeux et de kits de traitement dans l'unité de gestion de base

~~Formulaire à adapter selon le schéma thérapeutique national et les kits de traitement disponibles~~

Nom de l'UGB: _____ Centre de soins : _____ ***trimestre de l'année*** _____
Nom et signature: _____ Date à laquelle est rempli ce formulaire: _____

Tableau 1 : Kits de traitement antituberculeux (pour adultes) – besoins selon la morbidité (nombre de cas notifiés)

| Kit | A Nombre de cas ¹ | B = A Stock tampon requis | C Stock de nouveaux kits au dernier jour du trimestre précédent | D Stock de kits reconditionnés au dernier jour du trimestre précédent | E = A+B-C-D Nombre de kits à commander |
|--------------------------------|---------------------------------|------------------------------|--|--|---|
| Kits 1 et 3 : 2(RHZE)/4(RH) | | | | | |
| Kit2 : 2S(RHZE)/1(RHZE)/5(RHE) | | | | | |
| Autre kit | | | | | |

Tableau 2 : Antituberculeux pédiatriques en comprimés (0-14 ans) – besoins selon la morbidité (nombre de cas notifiés)

| Médicaments / cp à l'unité | (1) Formulation pédiatrique 2(RHZ)/4(RH) | (2) Stock tampon requis | (3) Stock au dernier jour du trimestre précédent | (4) Commande totale |
|----------------------------|--|----------------------------|---|------------------------|
| | Cas ¹ | Facteur ² | Total (1) | (2) = (1) |
| (R60/H30/Z150) | | X 168 | | |
| (R60/H30) | | X 336 | | |

Tableau 3 : Autres médicaments et produits³ pour le traitement de la tuberculose – besoins selon la consommation

1 Indiquer le nombre de cas inscrits au cours du trimestre précédent (se référer au *Rapport trimestriel sur l'enregistrement des cas de tuberculose*).

2 Les facteurs, proposés par le GDF, peuvent être adaptés dans les pays.

3 Selon le type de traitement antituberculeux choisi, il faudra peut-être ajouter des formulations pédiatriques (E100, Z150, H50) ; des comprimés de chaque antituberculeux séparément pour la prise en charge des effets secondaires, de l'isoniazide pour la prophylaxie chez l'enfant et les personnes vivant avec le VIH/SIDA ; du co-trimoxazole et des ARV pour les patients tuberculeux VIH-positifs, ainsi que divers produits (registres et formulaires tuberculose, kits de dépistage du VIH, etc...).

Programme de lutte antituberculeuse

Formulaire de commande trimestrielle d'antituberculeux en plaquettes thermoformées et à l'unité/en flacons dans l'UGB
Formulaire à adapter dans le pays selon le schéma thérapeutique national conforme aux recommandations de l'OMS et selon les plaquettes disponibles

| | |
|---|-------------------------|
| Nom de l'UGB : _____ | Centre de soins : _____ |
| Nom et signature : _____ | |
| Date à laquelle est rempli ce formulaire : _____ <i>trimestre de l'année</i> | |

Tableau 1 : Antituberculeux en plaquettes thermoformées et à l'unité/en flacons – besoins selon la morbidité (nombre de cas notifiés)

| Médicament | A | | | B | | | C | | | D | | | E | | | F | | |
|---|---------------------------------|-------------------------------------|-------|------------------|----------------------|-------|------------------|----------------------|-------|------|-----------|-----|---|-----------|--|---|--|--|
| | Cat I et III : 2(RHZE)/4(RH) | Cat II : 2(RHZE)S/1(RHZE)/5(RHE) | Total | Cas ₁ | Facteur ₂ | Total | Cas ₁ | Facteur ₂ | Total | C | D = A+B+C | E=D | F | G=D+E - F | | | | |
| Cas | Facteur | Total | A | B | | | | | | | | | | | | | | |
| Plaquettes thermoformées³ | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| (R150/H75/Z400/E275) | X 6 | | | | | X9 | | | | | | | | | | | | |
| (R150/H75) | X 12 | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| (R150/H75/E275) | | | | | | X15 | | | | | | | | | | | | |
| Comprimés à l'unité/flacons | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| S1g | | | | | | | X56 | | | | | | | | | | | |
| Seringues et aiguilles | | | | | | | X56 | | | | | | | | | | | |
| Eau pour préparations injectables | | | | | | | X56 | | | | | | | | | | | |
| (R60/H30/Z150) | | | | | | | | | | X168 | | | | | | | | |
| (R60/H30) | | | | | | | | | | X336 | | | | | | | | |

Tableau 2 : Autres médicaments et produits pour le traitement de la tuberculose⁴ – besoins selon la consommation

| Médicament / produit Préciser le dosage du médicament | Unité | (a) Consommation trimestrielle moyenne d'après la consommation de l'année précédente | (b) Stock tampon requis | (c) Stock de comprimés/flacons/autres produits au dernier jour du trimestre précédent | | (d) (d) = (a) + (b) - (c) Nb de comprimés/le produits à commander |
|--|-------|---|-------------------------------|---|--|--|
| | | | | | | |
| | | | | | | |
| | | | | | | |
| | | | | | | |
| | | | | | | |
| | | | | | | |
| | | | | | | |

¹ Indiquer le nombre de cas inscrits au cours du trimestre précédent (se référer au *Rapport trimestriel sur l'enregistrement des cas de tuberculose*).

² Les facteurs pour les plaquettes thermoformées et les comprimés sont proposés par le GDF et peuvent être adaptés dans les pays.

³ Plaquettes thermoformées de 28 comprimés.

⁴ Selon le type de traitement antituberculeux choisi, il faudra parfois ajouter des formulations pédiatriques (E100, Z150, H50) ; des comprimés de chaque antituberculeux séparément pour la prise en charge des effets secondaires, de l'isoniazide pour la prophylaxie chez l'enfant et les personnes vivant avec le VIH/SIDA ; le co-trimoxazole et des ARV pour les patients tuberculeux VIH-positifs, ainsi que des produits tels que des registres et des formulaires (tuberculose), des kits de dépistage du VIH, etc...

Programme de lutte antituberculeuse

Formulaire 8B

Formulaires à adapter selon le schéma thérapeutique national conforme aux recommandations de l'OMS et selon les médicaments disponibles à l'unité/en flacons,

Nom de l'IGR : Centre de soins :

卷之三

trimestre de l'année

二二二

Date à laquelle est rempli ce formulaire :

Tableau 1 : Antituberculeux à l'unité - besoins selon la morbidité (nombre de cas notifiés)

| Médicament / Article | Demandes de commandes (Nombre de flacons) | | | | | | G Commande totale | | | |
|------------------------------------|---|---|---|-----------------------------------|--------------------------|---|----------------------|-----|---|-----------|
| | A Cat I et III: 2(RHZE)/4(RH) | B Cat II: 2(RHZE)S/1(RHZE)/5(RHE) | C Form. pédiatrique (0-14 ans) 2(RHZ)/4(RH) | D Besoins au dernier trimestre | E Stock tampon requis | F Stock au dernier jour du trimestre précédent | | | | |
| | Cas ¹ | Facteur ₂ | Total A | Cas ₁ | Facteur ₂ | Total B | D = A+B+C | E=D | F | G=D+E - F |
| Comprimés à l'unité/flacons | | | | | | | | | | |
| (R150/H75/Z400/E275) | | X168 | | X252 | | | | | | |
| (R150/H75) | | X 336 | | | | | | | | |
| (R150/H75/E275) | | | | X420 | | | | | | |
| Sig | | | | X56 | | | | | | |
| Seringues et aiguilles | | | | X56 | | | | | | |
| Eau pour préparations injectables | | | | X56 | | | | | | |
| (R60/H30/Z150) | | | | | | X168 | | | | |
| (R60/H30) | | | | | | X236 | | | | |

Tableau 3: Autres méthodes d'analyse et leur application dans les études

1 Indiquer le nombre de cas inscrits au cours du trimestre précédent (se référer au *Rapport trimestriel sur l'enregistrement des cas de tuberculose*).

2 Les facteurs, proposés par le GDF, peuvent être adaptés dans les pays.

3 Selon le type de traitement antituberculeux choisi, il faudra parfois ajouter des formulations pédiatriques (E100, Z150, H50) ; des comprimés de chaque antituberculeux séparément

pour la prise en charge des effets secondaires, de l'isoniazide pour l'enfant et les personnes vivant avec le VIH/SIDA ; le co-trimoxazole et des ARV pour les patients tuberculeux VIH-positifs, ainsi que des produits tels que des registres et des formulaires (tuberculose), des kits de dépistage du VIH, etc.

Formulaires 8, 8A, 8B : Formulaires de commande trimestrielle d'antituberculeux (kits de traitement, plaquettes thermoformées, vrac ou flacons)

Ajouts (entourés en bleu) et justification:

- Ces 3 formulaires sont inspirés des *Rapports trimestriels de l'OMS sur la gestion du programme (A, B, C)* et sur les rapports trimestriels de l'Union, qui ont été supprimés. Les présents formulaires ont été établis selon les mêmes principes que les précédents, par exemple pour le calcul de la morbidité (remplace « notification des cas ») plutôt que consommation (remplace « quantités utilisées »), stock tampon équivalent aux besoins et application d'un système d'approvisionnement sur demande plutôt qu'un système d'approvisionnement automatique. Les 3 possibilités sont présentées pour les kits de traitement (8), les plaquettes thermoformées (8A) et les médicaments en vrac ou les flacons (8B). Les kits de traitement ouverts sont reconditionnés dans les UGB.
- Les dosages et les formulations pédiatriques ajoutées sont ceux les plus couramment utilisés : 2(RHZ)/4(RH).
- Les facteurs utilisés dans chaque formulaire sont basés sur les critères du GDF et peuvent être adaptés dans les pays où le poids moyen est plus élevé.
- D'autres formulaires pourraient être mis au point pour le niveau intermédiaire, suivant la même structure.

Modifications (entourées en bleu) et justification : néant

Suppressions (entourées en rouge pointillé à l'annexe 9, page 67) et justification :

- Les rapports trimestriels sur la gestion du programme (A, B, C) ont été supprimés car les pays s'en servaient peu.

Programme de lutte antituberculeuse

Formulaire 9

Formulaire de commande trimestrielle de fournitures de laboratoire dans l'UGB

Les commandes de fournitures de laboratoire sont préparées tous les 3 mois – les besoins sont calculés selon la consommation

| | |
|--------------------------|--|
| Nom de l'UGB : _____ | Centre de soins : _____ |
| Nom et signature : _____ | Date à laquelle est rempli ce formulaire : _____ trimestre de l'année _____ |

| Produit | Unité de mesure | (a) Consommation trimestrielle moyenne ¹ | (b) = (a) Stock tampon requis | (c) Stock dans l'unité le dernier jour du trimestre précédent | (d) (d) = (a)+(b)-(c) Nb d'unités à commander |
|---------------------------------|-----------------|---|----------------------------------|---|---|
| Fuchsine basique | | | | | |
| Bleu de méthylène | | | | | |
| Huile à immersion | | | | | |
| Acide sulfurique | | | | | |
| Phénol | | | | | |
| Méthanol | | | | | |
| Lames | | | | | |
| Crachoirs | | | | | |
| Kit 1 de dépistage rapide VIH | | | | | |
| Kit 2 pour test de confirmation | | | | | |

¹D'après la consommation de l'année précédente

OU

LABORATOIRE UTILISANT DES SOLUTIONS PRÉPARÉES

| Produit | Unité de mesure | (a) Consommation trimestrielle moyenne ¹ | (b) = (a) Stock tampon requis | (c) Stock dans l'unité le dernier jour du trimestre précédent | (d) (d) = (a)+(b)-(c) Nb d'unités à commander |
|---------------------------------|-----------------|---|----------------------------------|---|---|
| Solution de coloration | | | | | |
| Solution de décoloration | | | | | |
| Solution de contre-coloration | | | | | |
| Huile à immersion | | | | | |
| Lames | | | | | |
| Crachoirs | | | | | |
| Kit 1 de dépistage rapide VIH | | | | | |
| Kit 2 pour test de confirmation | | | | | |

¹D'après la consommation de l'année précédente

Formulaire 9, Formulaire de commande trimestrielle de fournitures de laboratoire dans l'UGB

Ajouts (entourés en bleu) et justification :

- Ce formulaire est inspiré des *Rapports trimestriels de l'OMS sur la gestion du programme (A, B, C)*, qui ont été supprimés. Le calcul des quantités à commander est basé sur la consommation (quantités utilisées) plutôt que sur la morbidité (nombre de cas de tuberculose), le stock tampon équivaut aux besoins et l'application d'un système d'approvisionnement sur demande plutôt qu'un système d'approvisionnement automatique. Les 2 possibilités sont présentées pour chaque type de réactif.
- D'autres formulaires pourraient être mis au point pour le niveau intermédiaire, suivant la même structure.

Modifications (entourées en bleu) et justification : néant

Suppressions (entourées en rouge pointillé à l'annexe 9 page 67) et justification:

Rapport trimestriel sur la gestion du programme (A, B, C).

Rapport annuel sur la gestion du programme dans l'UGB

| | | | | |
|----------------|-------------------|--------|---------|-------------|
| Nom de l'UGB : | Centre de soins : | Date : | Année : | Signature : |
|----------------|-------------------|--------|---------|-------------|

Tableau 1 : Etablissements de soins/prestataires participant à la lutte antituberculeuse

| Type d'établissement/de prestataire ¹ | Nb total de centres de soins dans l'UGB ² (a) | Etablissements participant à la lutte antituberculeuse ³ | | Etablissements disposant d'un laboratoire | | | | Prestataires prenant en charge le VIH | |
|--|--|---|--|--|---|---|---|---|---|
| | | Nb cumulé (objectif à atteindre) ³ (b) | Nombre cumulé participant réellement (c) | Nb cumulé pour l'examen de frottis (objectif à atteindre) ⁴ (d) | Nb cumulé pratiquant des examens de frottis (e) | Dont (e) ceux garantissant l'assurance de la qualité en laboratoire (f) | Dont (e) ceux pratiquant la mise en culture (g) | Dont (e) ceux pratiquant des tests de pharmacosensibilité (h) | Dont (c) ceux pratiquant le dépistage VIH pour tous les patients TB (i) |
| Etablissement public | | | | | | | | | |
| Prestataires privés | | | | | | | | | |
| Autres ⁵ | | | | | | | | | |

Tableau 2 : Contribution des établissements/prestataires de santé à la lutte antituberculeuse

| | Nb de cas à frottis positif diagnostiqués en un an | Nb de cas à frottis positif pour lesquels un traitement a été instauré, en un an | Nb de patients à frottis positif orientés par la communauté | Nb de patients à frottis positif recevant une aide au traitement de la part de la communauté |
|---|--|--|---|--|
| TOTAL ^{6, 7} | | | | |
| Etablissement/ prestataire¹ | Orienté par ⁸ | Diagnostiqué par ⁹ | Traité par ¹⁰ | |
| Venu de lui-même | | | | |
| Etablissement public | | | | |
| Etablissement/prestataire privé | | | | |
| Autres | | | | |

Tableau 3 : Contribution des membres de la communauté formés et encadrés à la lutte antituberculeuse¹¹

| | Nb de patients à frottis positif orientés par la communauté |
|--|---|
| | |

¹ Etablissement de santé s'entend de tout établissement doté de soignants dont les tâches correspondent à l'une des fonctions suivantes de la lutte antituberculeuse (DOTS) : orientation des cas (suspects) de tuberculose, diagnostic en laboratoire, traitement antituberculeux et soutien des patients pendant le traitement. Les types d'établissement figurant ici sont donnés à titre indicatif ; ils correspondent à l'encadré « Orienté par » de la Fiche de traitement et doivent être adaptés en fonction de la situation locale.

² Nombre connu d'établissements (de prestataires) existants dans l'UGB. Il est possible d'ajouter des lignes au tableau pour y faire figurer les établissements pertinents pour le pays.

³ Etablissements (prestataires) qui remplissent l'une des fonctions suivantes de la lutte antituberculeuse (DOTS) : orientation des cas (suspects) de tuberculose, diagnostic en laboratoire, traitement antituberculeux et soutien des patients pendant le traitement.

⁴ Nombre cumulé d'établissements (de prestataires) qui étaient censés participer au cours de l'année couverte par le rapport.

⁵ Exemples d'autres catégories : établissement prodiguant les soins de santé primaires, faculté de médecine, hôpital privé d'une ONG, praticien privé, établissements de santé d'entreprises, service de santé pénitentiaire, établissements de santé militaires, pharmacies, guérisseurs traditionnels, etc... .

⁶ Nombre total de nouveaux patients à frottis positif diagnostiqués et inscrits dans le Registre de laboratoire (tuberculose) pour l'année.

⁷ Nombre total de nouveaux patients à frottis positif diagnostiqués et inscrits dans le Registre de l'UGB pour l'année

⁸ Nouveaux cas à frottis positif orientés en vue d'un diagnostic pour chaque catégorie d'établissements/de prestataires, tels qu'ils figurent dans la colonne « nom de l'établissement demandeur » dans le Registre de laboratoire.

⁹ Nouveaux cas à frottis positif diagnostiqués par chaque catégorie d'établissements/de prestataires, inscrits sur le registre de laboratoire de l'établissement/du prestataire qui effectue un examen microscopique.

¹⁰ Nouveaux cas à frottis positif traités par chaque catégorie d'établissements/de prestataires, inscrits dans la colonne « établissement de santé » du Registre des cas de tuberculose de l'UGB.

¹¹ Ce tableau doit être rempli sur la base des informations figurant sur la Fiche de traitement (encadré sur l'orientation, nom de l'accompagnateur) ou sur le Registre des cas de tuberculose (formulaire D, III^{ème} partie, Informations supplémentaires). Le soutien communautaire est assuré par des personnes qualifiées, régulièrement encadrées qui fournissent des services hors des établissements de santé. Il s'agit le plus souvent de praticiens informels, des agents communautaires et des bénévoles, des membres de la famille et des amis.

NB : Le présent formulaire peut être rempli que pour certaines périodes et certaines UGB.

Programme de lutte antituberculeuse

Tableau 4 : Postes et qualifications des membres du personnel¹

| Catégories de personnel participant au PNT ² | Nombre de postes créés/approuvés ³ (a) | Dont (a), nombre de postes pourvus | Dont (a), nombre de personnes formées dans le cadre du PNT au cours des 12 derniers mois ⁴ | Nb total de personnes formées dans le cadre du PNT |
|---|---|------------------------------------|---|--|
| A. DANS TOUS LES ETABLISSEMENTS DE SANTE | | | | |
| Médecin | | | | |
| Infirmier(ère)/sage-femme diplômé(e) (formation courte ou longue) | | | | |
| Auxiliaire de santé/auxiliaire médical/ clinicien | | | | |
| Technicien de laboratoire/ microscopiste | | | | |
| Pharmacien | | | | |
| Conseiller | | | | |
| Autres catégories (préciser) ⁵ | | | | |
| B. DANS L'UGB | | | | |
| Coordonnateur TB | | | | |
| Coordonnateur TB/VIH | | | | |
| Responsable du laboratoire | | | | |
| Responsable de l'UGB | | | | |
| Responsable de la pharmacie | | | | |
| Aide-statisticien | | | | |
| Autres catégories (préciser) | | | | |

1 La section A doit être remplie par l'établissement de santé et la section B doit être remplie au niveau de l'UGB, à l'aide des données cumulées pour tous les centres de soins de l'UGB et pour les postes spécifiques à l'UGB (au district).

2 Y compris les prestataires privés, les agents communautaires, etc...

3 Les postes à temps partiel sont considérés comme des postes à part entière.

4 "Formées dans le cadre du PNT" s'entend des personnes qui ont suivi un cours de formation normalisé, axé sur les compétences, conçu dans le cadre du PNT pour certains postes spécifiques, selon le manuel du programme.

5 Si le PNLT comporte des activités TB/VIH, ajouter les catégories de personnel pertinentes, en fonction des postes.

Formulaire 10 (suite)

A noter

- Un formulaire similaire devrait être rempli au niveau provincial à partir des données cumulées pour l'ensemble des établissements de santé de la province (section A) et à partir des données cumulées pour l'ensemble des UGB et des postes spécifiques de la province (section B).
- Un formulaire similaire devrait être rempli au niveau central à partir des données cumulées pour l'ensemble des établissements de santé du pays (section A) et à partir des données cumulées pour l'ensemble des UGB du pays et tous les postes spécifiques au niveau central (section B).

Formulaire 10, Rapport annuel sur la gestion du programme dans l'UGB

Ajouts (entourés en bleu) et justification :

- Le rapport annuel est un nouvel instrument de gestion du programme, qui permet de contrôler les éléments 3, 4 et 5 de la stratégie Halte à la tuberculose :
 - impliquer tous les soignants / approches public-public et public-privé (tableaux 1 et 2) ;
 - donner aux personnes atteintes de tuberculose et aux communautés la capacité d'agir / participation de la communauté aux soins de la tuberculose (tableau 3) ; et
 - contribuer au renforcement des systèmes de santé / améliorer les ressources humaines. (tableau 4).
- L'utilisation de ce nouveau formulaire exige une formation initiale et une formation pratique approfondie et il devra peut-être être appliqué progressivement.
- Les informations correspondent aux tableaux 1, 2 et 3 peuvent être recueillies dans toutes les UGB ou certaines d'entre elles seulement, pour l'ensemble de l'année ou seulement un trimestre. Les données correspondant au tableau 4, sur les ressources humaines, doivent être systématiquement recueillies dans toutes les UGB. Un formulaire similaire pourrait être utilisé aux niveaux provincial et central, en utilisant des données cumulées.
- Le tableau 1 permet de contrôler l'implication des soignants concernés dans le programme de lutte antituberculeuse, y compris les fonctions fondamentales du DOTS (par exemple, orientation des cas (suspects) de tuberculose, laboratoires en mesure de pratiquer des analyses de frottis et/ou la mise en culture d'expectoration, le diagnostic et la classification des cas), dans les activités de collaboration TB/VIH et dans les activités liées au DOTS-Plus. Pour que les informations inscrites sur le formulaire soient exactes, il faut **recenser** les établissements de santé au début de l'année considérée et, sur la base de ce recensement, fixer le nombre d'établissements à faire participer dans chaque catégorie (**objectif à atteindre**). Enfin, les responsables des UGB doivent tenir un **journal** des activités impliquant la participation de plusieurs soignants.
- Le tableau 2 permet de recueillir des informations sur la contribution respective des différents soignants à la détection des cas (orientation en vue d'un diagnostic) et l'aide au traitement. On trouvera les informations nécessaires pour ce tableau dans la *Fiche de traitement* (encadré concernant l'orientation par la communauté et le nom de l'accompagnateur du traitement) ou dans le *Registre des cas de tuberculose dans l'UGB* (voir colonnes supplémentaires sur la communauté dans le formulaire V, II^{ème} partie ou le formulaire D, III^{ème} partie).
- Le tableau 3 permet de recueillir des informations sur la contribution de la communauté à la détection des cas (orientation en vue d'un diagnostic) et l'aide au traitement. On trouvera les informations nécessaires ce tableau dans la *Fiche de traitement* (encadré concernant l'orientation par la communauté et le nom de l'accompagnateur du traitement) ou dans le *Registre des cas de tuberculose dans l'UGB* (voir colonnes supplémentaires sur la communauté dans le formulaire V, II^{ème} partie ou le formulaire D, III^{ème} partie).
- Le tableau 4 vise à vérifier que le personnel aux différents niveaux de l'UGB possède les compétences et les connaissances nécessaires, et adopte une attitude appropriée (en d'autres termes, qu'il est compétent) pour mettre en oeuvre efficacement et durablement les activités de lutte antituberculeuse et que les effectifs (de cliniciens et de gestionnaires) pour chaque catégorie sont suffisants à tous les niveaux.

Modifications (entourées en bleu) et justification : néant

Suppressions (entourées en rouge pointillé) et justification : néant

Orientation ou transfert en vue d'un traitement antituberculeux

(partie supérieure à compléter en triple exemplaire)

Cocher l'une des deux cases suivantes: Orientation¹ ou Transfert² Date de l'orientation/du transfert _____

Nom et adresse de l'établissement d'origine et de l'établissement destinataire :

Etablissement d'origine : _____ UGB d'origine : _____

Etablissement destinataire : _____ UGB destinataire : _____

Nom du patient _____ Age _____ Sexe : M FAdresse du patient (en cas de déménagement, adresse future) : _____

Diagnostic : _____

(pour le transfert) N° dans le registre de l'UGB _____ Date de début du traitement : _____

*CAT I, II, III

Autre (co-trimoxazole, TAR, etc...) :

Traitement médicamenteux du patient : _____

Observations (par ex. : effets secondaires constatés): _____

Nom et signature de la personne qui envoie le patient _____

Toute preuve documentée d'un test de dépistage du VIH (avec résultats) pendant ou avant le traitement antituberculeux doit être signalée.

**Réservé à l'établissement qui reçoit un patient orienté ou transféré**

UGB _____ Centre de soins _____

N° sur le registre de l'UGB _____ Nom du patient _____

Patient enregistré le _____ (date)

Nom et signature de la personne qui reçoit le patient _____ Date _____

Retourner cette partie du formulaire à l'établissement qui a orienté ou transféré le patient dès que le patient a été enregistré.

¹ Le transfert consiste à adresser **un patient tuberculeux inscrit sur le registre d'une UGB dans une autre UGB couvrant une autre région**, afin qu'il poursuive son traitement. Il sera alors inscrit dans le *registre de la nouvelle UGB*. L'UGB qui transfère le patient doit consigner le résultat du traitement après s'être informée auprès de l'UGB qui a mené le traitement à terme. L'UGB qui reçoit un patient transféré doit informer l'UGB d'origine 1) de l'arrivée du patient, 2) de la fin du traitement et 3) du résultat du traitement.

² L'**orientation** consiste à adresser un patient tuberculeux **avant qu'il ne soit inscrit dans le Registre de l'UGB** afin qu'il commence un traitement (plus près de chez lui). L'UGB qui reçoit un patient orienté par un établissement de soins doit l'informer cet établissement des soins prodigués.

Les établissements qui orientent ou transfèrent un grand nombre de patients (les grands hôpitaux, par exemple) peuvent utiliser des formulaires distincts pour l'orientation et pour le transfert, et peuvent tenir un registre spécial pour les patients orientés.

Formulaire 11, Orientation ou transfert en vue d'un traitement antituberculeux

Ajouts (entourés en bleu) et justification :

- La définition de transfert et celle d'orientation sont ajoutées sur chaque formulaire pour bien distinguer ces deux notions et améliorer le suivi dans les deux cas.
- Un encadré sur les autres traitements (TAR, prophylaxie au co-trimoxazole...) a été ajouté.
- Le nom de la personne qui envoie le patient et le nom de celle qui le reçoit ont été ajoutés pour améliorer le suivi.

Modifications (entourées en bleu) et justification :

- Les UGB/établissements d'origine et destinataires sont présentés plus explicitement.
- Les catégories de traitement sont présentées de manière plus concise.
- District est remplacé par UGB.

Suppressions (entourées en rouge pointillé à l'annexe 10, page 71) et justification :

- Le motif du transfert/de l'orientation est inclus dans la définition.

Formulaires et registres pour l'enregistrement et la notification des cas de tuberculose (version 2006)

3. II^{ème} partie : Informations essentielles sur la tuberculose (UGB pratiquant la mise en culture systématique)



Dans chaque formulaire, les ajouts et les modifications sont entourés en bleu:



Les suppressions par rapport à la série actuelle de formulaires sont entourées en rouge pointillé >
(annexes, pages 57-72).

Motifs des changements apportés aux formulaires ci-après, concernant la mise en culture :

- Si un examen de frottis d'expectoration de qualité reste fondamental pour dépister les cas de tuberculose et lutter contre cette maladie en général, la mise en culture et les tests de pharmacosensibilité prennent une importance croissante et deviennent nécessaires pour poser un diagnostic en cas de retraitement, de suspicion de tuberculose multirésistante et de tuberculose à frottis négatif, lorsque cela est indiqué. La mise en culture et les tests de pharmacosensibilité sont bien souvent introduits progressivement aux niveaux appropriés du système de santé. Si l'on applique la stratégie Halte à la tuberculose –compte tenu de l'ordre des priorités et des moyens disponibles en laboratoire— la mise en culture et les tests de pharmacosensibilité doivent être systématiquement pratiqués pour surveiller l'apparition de cas de tuberculose multirésistante (il faut notamment procéder à des tests périodiques pour des enquêtes sur la prévalence de la pharmacorésistance), pour diagnostiquer les tuberculoses multirésistantes, les tuberculoses à frottis négatif et la tuberculose chez les sujets VIH-positifs et chez l'enfant.
- Dans un nombre croissant de pays, l'apparition d'une résistance aux antituberculeux, en particulier, d'une multirésistance, est devenu un grave problème de santé publique et empêche de lutter efficacement contre la tuberculose. Pour faire face à ce problème, dans les pays où une pharmacorésistance a été détectée, des mesures spécifiques doivent être prises dans le cadre du programme de lutte contre la tuberculose, en particulier lors de la prise en charge des patients. Lorsque la charge de TB-MR est élevée, on a déjà systématiquement recours à la culture et aux tests de pharmacosensibilité pour poser le diagnostic.
- Dans les pays à forte prévalence du VIH, l'incidence de la tuberculose à frottis négatif a fortement augmenté et il convient donc d'améliorer le diagnostic de ces cas ; dans les pays disposant d'une infrastructure et de moyens de laboratoire adaptés, la culture et les tests de pharmacosensibilité devraient permettre d'y parvenir.

La nouvelle version de ces formulaires et registres facilitera le contrôle et la pratique systématique de la mise en culture et des tests de pharmacosensibilité, dont l'utilisation prend une importance croissante là où on observe une forte charge de TB-MR.

Les formulaires ci-après sont, pour l'essentiel, identiques à ceux présentés au chapitre précédent. Les données ajoutées par rapport à la version précédente sont également les mêmes, sauf en ce qui concerne la culture et les tests de pharmacosensibilité. Les informations pertinentes pour la mise en culture et les tests de pharmacosensibilité ont été ajoutées.

L'enregistrement des résultats des cultures pratiquées en laboratoire, conforme aux recommandations du Groupe de travail Halte à la tuberculose chargé de l'extension du DOTS et du sous-groupe sur le renforcement des capacités de laboratoire, prévoit l'enregistrement et la notification des cultures qui ont été contaminées.

L'enregistrement des résultats des tests de pharmacosensibilité est également conforme aux recommandations internationales du sous-groupe chargé du renforcement des capacités de laboratoire. Les tests de pharmacosensibilité pour les médicaments de seconde intention étant variables, seuls sont enregistrés ici les résultats pour les antituberculeux de première intention.

Le *Rapport trimestriel sur l'enregistrement des cas de tuberculose (UGB pratiquant la mise en culture systématique)* permet de classer les cultures négatives et les cultures positives selon l'âge du patient et le résultat du frottis d'expectoration, ce qui facilitera l'enregistrement et la notification des cas à frottis négatif, des cas où la culture est positive et des cas où la culture est négative.

Le *Rapport trimestriel sur le résultat du traitement antituberculeux et sur les activités TB/VIH (pour les UGB pratiquant la mise en culture systématique)* permettra d'évaluer plus facilement l'issue du traitement selon le résultat de la culture. NB : Les catégories « Culture non faite » et « Culture négative » sont regroupées. Ce formulaire permet aussi de calculer le nombre de cas suspects pour lesquels la culture est positive et d'évaluer le résultat du traitement, à la fois en fonction du résultat du frottis et en fonction du résultat de la culture, lorsque la combinaison des deux est importante.

Le *Formulaire de commande trimestrielle de fournitures de laboratoire dans l'UGB pour les cultures et les tests de pharmacosensibilité* rend compte de ce dont les laboratoires ont besoin pour diagnostiquer la tuberculose grâce à ces méthodes.

Demande de frottis d'expectoration, de culture, de test de pharmacosensibilité*Le formulaire dûment complété doit être rapidement envoyé par le laboratoire à l'établissement demandeur*

Etablissement demandeur¹ _____ Date _____
 Nom du patient _____ Age _____ Sexe : M F
 Adresse complète du patient _____

Test(s) demandé(s) (cocher les cases qui conviennent) :

Frottis Culture Test de pharmacosensibilité

Motif de l'examen de frottis d'expectoration (cocher une case) :

Diagnostic Suivi Nb de mois de traitement _____ N° sur le registre de l'UGB² _____

Motif de l'examen de culture : _____

Motif du test de pharmacosensibilité : _____

Nom et signature de la personne demandant l'examen : _____

1. y compris tous les établissements et prestataires de santé publics et privés
 2. Penser à indiquer le numéro du patient dans le registre de l'UGB pour le suivi en cas de chimiothérapie

RESULTATS DU FROTTIS D'EXPECTORATION (à compléter au laboratoire)

| Date ³ de recueil | Echantillon expectoration | N° de série labo. | Aspect visuel ⁴ | Résultat (cocher une case) | | | | |
|------------------------------|---------------------------|-------------------|----------------------------|----------------------------|-------|-----|------|-------|
| | | | | NEG | 1 - 9 | (+) | (++) | (+++) |
| | 1 | | | | | | | |
| | 2 | | | | | | | |
| | 3 | | | | | | | |

Date _____ Examiné par (nom et signature) _____

3. A compléter par la personne qui recueille l'expectoration

4. Expectoration sanguinolente, expectoration mucopurulente, présence de salive

RESULTATS DE LA CULTURE (à compléter au laboratoire)

| Date de recueil | Echantillon expectoration | N° de série labo. | Résultat (cocher une case) | | | | | | Contaminé |
|-----------------|---------------------------|-------------------|----------------------------|---------|-----|------|-------|-----------|-----------|
| | | | Nég | (1 - 9) | (+) | (++) | (+++) | Contaminé | |
| | 1 | | | | | | | | |
| | 2 | | | | | | | | |

| | |
|--------------------------------------|--------------|
| Pas de colonies | Nég |
| Moins de 10 colonies | Nombre exact |
| 10 - 100 colonies | (+) |
| Plus de 100 colonies | (+ +) |
| Colonies innombrables ou confluentes | (+ + +) |

Date _____ Examiné par (nom et signature) _____

RESULTATS DES TESTS DE PHARMACOSENSIBILITE (à compléter au laboratoire)

| Date de recueil | Echantillon | N° de série labo. | S | H | R | E | Z | Km | Am | Cm | Ofx | Pto/Eto | Autre |
|-----------------|-------------|-------------------|---|---|---|---|---|----|----|----|-----|---------|-------|
| | | | S | H | R | E | Z | Km | Am | Cm | Ofx | Pto/Eto | Autre |
| | 1 | | | | | | | | | | | | |
| | 2 | | | | | | | | | | | | |

R: Résistant; S: Sensible; C: Contaminé; Nf: Non fait

Date _____ Examiné par (nom et signature) _____

Registre de laboratoire (tuberculoïde) de l'UGB pour la mise en culture - Page de gauche

1 Etablissement qui adresse le patient (ou l'échantillon) pour une mise en culture. Se référer aux types normalisés d'établissements, suivant le tableau 2 du *Rapport annuel sur la gestion du programme dans l'JGB* « Etablissement demandeur » s'entend de tout prestataire de soins de santé qui remplit l'une des fonctions suivantes dans le cadre de la lutte contre la tuberculose (DOTS) : orientation des cas (suspects), diagnostic en laboratoire, traitement et soutien du patient au cours du traitement.

Registre de laboratoire (tuberculeuse) de l'UGB pour la mise en culture - Page de droite

Les notes de bas de page n'apparaissent que sur la première page du registre

| | Nég | Nombre exact de colonies |
|--------------------------------------|-------|--------------------------|
| Aucune colonie | | |
| Moins de 10 colonies | | |
| 10 - 100 colonies | (+) | |
| Plus de 100 colonies | (++) | |
| Colonies innombrables ou confluentes | (+++) | |

1 Nouveaux patients ou patients qui entament un retraitement.

2 Indiquer au bout de combien de mois de traitement l'examen est effectué

3 Le résultat de la culture doit être indiqué comme suit :

Programme de lutte antitberculeuse **III. PHASE D'ENTRETIEN**

Formulaire III (suite)

Nombrer de comprimés par prise

| | |
|-------|--|
| (RH) | |
| (RHE) | |

Délivrance quotidienne : indiquer le signe ✓. Délivrance pour plusieurs jours : faire une croix le jour où le patient vient chercher ses médicaments et tirer un trait jusqu'au dernier jour pour lequel il est approvisionné. Indiquer ✗ si le patient ne vient pas chercher ses médicaments.

Observations: _____

| Prise en charge du VIH |
|------------------------------------|
| N° d'enregistrement avant le TAR |
| Numération des CD4 |
| Eligible pour un TAR (O/N/Nsp) |
| Dé approx. D'éligibilité |
| N° d'enregistrement avant le TAR : |

~~Radiothérapie (au début)~~

Date: _____ Résultats (-), (+), indéterminé

卷之三

Résultat du traitement

Date de la décision —

Guérison Traitement terminé

Déces

- Echec thérapeutique
- Perdu de vue

Transfert

Nom et adresse des personnes en contacts du cas:

Nom : _____ N° dans le registre de l'UGB _____
 Adresse _____ Date d'enregistrement : _____
 Sexe : M F Age : _____ Date début traitement _____

Carte d'identité du patient tuberculeux

I. PHASE INITIALE

CAT (I, II, III) : _____

Médicaments et posologie :

| |
|--------|
| Autres |
|--------|

| |
|--------|
| (RHZE) |
|--------|

| |
|---|
| S |
|---|

Centre de soins : _____

Accompagnateur (nom et adresse) _____

II. PHASE D'ENTRETIEN

(RH)

(RHE)

Médicaments et posologie :

| |
|--------|
| Autres |
|--------|

| |
|-------|
| (RHE) |
|-------|

| |
|------|
| (RH) |
|------|

Frottis d'expectoration

| Mois | Date | N° labo. | Résultat | Poids (kg) |
|------|------|----------|----------|------------|
| 0 | | | | |
| | | | | |
| | | | | |
| | | | | |
| | | | | |
| | | | | |
| | | | | |

Dates des rendez-vous : _____

Forme de la maladie (cocher une case)

Pulmonaire Extrapulmonaire, préciser _____

Type de patient (cocher une case)

Nouveau Traitement après interruption

Rechute Traitement après échec

Transfert entrant Autre, préciser _____

A RETENIR

Culture

Test sensibilité

| Date du résultat | Résultat (Nég)(+), Nf contaminé | N° labo. | Date : | Résultat (R, S, Nf, contaminé) |
|------------------|---------------------------------|----------|--------|--------------------------------|
| | | | H | |
| | | | R | |
| | | | E | |
| | | | S | |
| | | | | |
| | | | | |
| | | | | |
| | | | | |

Programme de lutte antituberculeuse
Registre des cas de tuberculose (R

Formulaire V B pratiquant la mise en culture systématique et les tests de pharmacosensibilité -

Les notes de bas de page n'apparaissent que sur la première page du registre

1 Centre qui conserve la fiche de traitement du patient. Si la fiche est conservée en plusieurs exemplaires, indiquer le centre le plus à la périphérie. Utiliser les catégories normalisées d'établissements de soins indiquées dans le tableau 2 du *Rapport annuel sur la gestion du programme dans l'UGB « Centre de soins »*.
40 s'entend de tout établissement de santé où les soignants remplissent officiellement l'une des fonctions suivantes dans le cadre de la lutte antituberculeuse (DOTS) : orientations des cas (suspects) de tuberculose, diagnostic en laboratoire, traitement et soutien des patients au cours du traitement.

2 Le soutien communautaire est assuré par des personnes qualifiées, régulièrement encadrées qui fournissent des services hors des établissements de santé. Il s'agit le plus souvent de praticiens infirmiers, des agents communautaires et des bénévoles, des membres de la famille et des amis..

3 Indiquer la catégorie de traitement :

CAT I : nouveau cas

CAT II : Retraitements : par ex. : 2(RHZE)S/1(RHZE)/5(RHE)
CAT III : Nouveau cas de tuberculose pulmonaire à frotts négatifs ou

extrapulmonaire, par ex. : 2(RHZE)/4(RH)

- **cocher qu'une case :**
- N=nouveau** – Patient qui n'a jamais reçu de traitement antituberculeux ou qui a pris des antituberculeux pendant moins d'un mois.
- R=echute** – Patient qui a reçu précédemment un traitement antituberculeux, qui a été déclaré guéri ou dont le traitement est terminé, et chez qui on a diagnostiqué une tuberculose avec une bactériologie positive (frottis ou culture).
- E=Traitement après échec** – Patient qui commence un traitement après l'échec du traitement précédent.

I=Traitement après interruption – Patient présentant une bactériologie positive et qui reprend son traitement après l'avoir interrompu pendant 2 mois consécutifs ou plus.

T=Transfert entrant – Patient qui a été transféré d'un autre registre pour poursuivre son traitement. Ce groupe est exclu des Rapports trimestriels sur l'enregistrement des cas de tuberculose et sur le résultat des traitements.

AU=Aille Cas traité précédemment— Tous les cas qui ne répondent pas aux définitions ci-dessus. Ce groupe comprend les patients à frottis positif pour lesquels on ne connaît pas le résultat du traitement précédent ou les antécédents, les patients à frottis négatif précédemment traités, les patients atteints de tuberculose extrapulmonaire précédemment traités et les patients atteints de tuberculose chronique (les patients qui présentent des frottis positifs à l'issue d'un traitement)

Programme de lutte antituberculeuse
Registre des cas de tuberculose

Formulaire V (suite) - pratiquant la mise en culture systématique et les tests de pharmacosensibilité

Les notes de bas de page n'apparaissent que sur la première page du registre

Les patients de la catégorie I sont soumis à un examen d'expectoration au bout de 2 mois et les patients de la catégorie II au bout de 3 mois, à titre de suivi. Les patients de la catégorie I dont la phase initiale de traitement est prolongée de 3 mois sont soumis, à titre de suivi, à un examen d'expectoration à la fin du 2^{ème} ET du 3^{ème} mois et les résultats de

ceux-ci sont inscrits dans la même case.

(2 (NF) : non fait ; (NEG) : 0 BAAR/100 champs ; (1-9) : nombre exact si 1 à 9 BAAR/100 champs ; (+) : 10-99 BAAR/100 champs ; (++) : 1-10 BAAR/champ ; (+++) : > 10 BAAR/champ

4 (Pos) : évocateur de la tuberculose ; (Neg) : pas évocateur de la tuberculose ; (NF) : non fait.

6 (RésistR) : résistant à la rifampicine ; (RésistH) : résistant à l'isoniazide ; (RésistStrept) : résistant à la streptomycine ; (RésistRH) : résistant à la

Indiquer clairement, pour chaque patient, l'un des résultats suivants :
l'ampoule et à l'sonflazide ; (Sens.) : sensible ; (NF) : non fait.

Guerison: patient à frottis positif ou dont la culture était positive au début du traitement et qui présente des frottis négatifs ou une culture négative au cours du dernier mois de hospitalisation et une fois guérie.

Traitement terminé : patient qui a achevé son traitement mais qui ne répond pas aux critères des catégories « quérison » ou « échec ». Traitemen

Echec thérapeutique : nouveau patient présentant des frotts positifs ou une culture positive après 5 mois de traitement ou plus, ou qui est passé à un traitement de la catégorie IV car ses expectorations ont révélé une TB-MR. Patient précédemment traité présentant des frotts positifs ou une culture positive à la fin de son traitement, ou qui est passé à un traitement de la catégorie IV car ses expectorations ont révélé une TB-MR.

Bord : **deux** : patients doivent faire un entraînement à l'interrompu constant 2 mais connaissons pas

Perdu de vue : patient dont le traitement a été interrompu pendant 2 mois consécutifs ou plus.

Transfert sortant : patient transféré vers un centre de soins dans une autre UGB et pour qui on ignore le résultat du traitement.

Programme de lutte antituberculeuse

**Formulaire VI
Sur l'enregistrement des cas de tuberculose (UGB pratiquant la mise en culture systématique)**

trimestre de l'année
Date à laquelle est rempli ce formulaire :

Tableau 2 : Nouveaux cas à frottis positif - par tranche d'âge

Tahleau 3 : Examens de laboratoire : frottis et culture⁵

| Tableau 3 : Examens de laboratoire : frottis et culture | | Activités 1 à 5 | Nb de patients VIH-positifs ⁶ |
|---|-----------------------------------|---|--|
| Nb de cas suspects pour lesquels un frottis a été pratiqué en vue d'un diagnostic (a) | Dont(a) nb de frottis positifs | Nb de patients ayant subi un test VIH avant ou pendant le traitement antituberculeux ⁶ | |
| Nb de cas suspects pour lesquels une culture a été pratiquée en vue d'un diagnostic (b) | Dont (b) nb de cultures positives | Tous les cas de TB | |
| | | Nouveaux cas à frottis positif | |

11 Trimestre : Ce formulaire concerne les patients inscrits sur le registre des cas de tuberculose de l'UJGB au cours du trimestre qui s'est achevé il y a 12 mois. Par exemple, si vous remplissez ce formulaire à la fin du deuxième trimestre, inscrivez les données relatives aux patients enregistrés au 2^{ème} trimestre de l'année précédente.

2 Inclut les patients qui sont passés à un traitement de la catégorie IV car leur échantillon d'expectoration a révélé une TB-MR.

3 Inclut les tuberculoses pulmonaires pour lesquelles on ignore le résultat du traitement précédent, les tuberculoses à frôts négatif et à culture négative précédemment traitées et les tuberculoses extrapulmonaires.

extra-pulmonaires ayant à un traitement suivant. Les transferts enfants » les cas crôniques sont xcix. Tout test de dépistage du VIH documenté (et le résultat de ce test), effectué dans un centre reconu avant que la tuberculose n'ait été diagnostiquée ou pendant le traitement antituberculeux (jusqu'à la fin

du trimestre) doit être indiqué ici.

5. Inclut les patients tuberculeux qui poursuivent une prophylaxie au co-trimoxazole instaurée avant le diagnostic de la maladie ou pendant le traitement antituberculeux (jusqu'au dernier jour du traitement).

6. Inclut les patients tuberculeux qui poursuivent un TAR instauré avant le diagnostic de la maladie ET pendant le traitement antituberculeux (jusqu'au dernier jour du traitement).

Programme de lutte antituberculeuse
Rapport trimestriel sur le résultat des traitements antituberculeux et sur les activités TB/VIH (UGB pratiquant la mise en culture systématique)

Formulaire VII
Programme de lutte antituberculeuse et sur les activités TB/VIH (UGB pratiquant la mise en culture systématique)

| | | |
|---------------------------------|-------------------------|---|
| Nom de l'UGB : _____ | Centre de soins : _____ | Patients enregistrés au ¹ _____ trimestre de l'année _____ |
| Nom du coordonnateur TB : _____ | Signature : _____ | Date à laquelle est rempli ce formulaire : _____ |

Tableau 1 : Résultat des traitements antituberculeux

| Type de cas | Nombre total de patients enregistrés au cours du trimestre * | Résultat des traitements | | | | | Nombre total de résultats évalués : (somme des colonnes 1 à 6) |
|--|--|--------------------------|-----------------------|-----------|--------------------------------------|------------------|--|
| | | Guérison (1) | Traitemen terminé (2) | Décès (3) | Echec thérapeutique ² (4) | Perdu de vue (5) | |
| Nouveaux cas à frottis positif et/ou à culture positive | | | | | | | |
| Nouveaux cas à frottis et à culture négatifs ou inconnus. | | | | | | | |
| Nouveaux cas de tuberculose extrapulmonaire | | | | | | | |
| Rechute à frottis positif et/ou à culture positive | | | | | | | |
| Frottis positif et/ou culture positive après traitement suite à un échec thérapeutique | | | | | | | |
| Frottis positif et/ou culture positive après traitement suite à une interruption | | | | | | | |
| Autres cas précédemment traités ³ | | | | | | | |

* Chiffres à reprendre du Rapport trimestriel sur l'enregistrement des cas de tuberculose pour le trimestre indiqué ci-dessus. Préciser les données exclues: _____

Tableau 2 : Activités TB/VIH (pour le même trimestre qu'au tableau 1)

| | Nb de patients sous co-trimoxazole ⁴ | Nb de patient sous TAR ⁵ |
|-----------------------------|---|-------------------------------------|
| Tous les cas de tuberculose | | |

1 Trimestre : Ce formulaire concerne les patients inscrits sur le registre des cas de tuberculose de l'UGB au cours du trimestre qui s'est achevé il y a 12 mois. Par exemple, si vous remplissez ce formulaire à la fin du deuxième trimestre, inscrivez les données relatives aux patients enregistrés au 2^{ème} trimestre de l'année précédente.

2 Inclut les patients qui sont passés à un traitement de la catégorie IV car leur échantillon d'expectoration a révélé une TB-MR.

3 Inclut les tuberculoses pulmonaires pour lesquelles on ignore le résultat du traitement précédent, les tuberculoses à frottis négatif et à culture négative précédemment traitées et les tuberculoses extrapulmonaires ayant fait l'objet d'un traitement auparavant. Les « transferts entrants » et les cas chroniques sont exclus.

4 Inclut les patients tuberculeux qui poursuivent une prophylaxie au co-trimoxazole instaurée avant le diagnostic de la maladie ou pendant le traitement antituberculeux (jusqu'au dernier jour du traitement).

5 Inclut les patients tuberculeux qui poursuivent un TAR instauré avant le diagnostic de la maladie ET pendant le traitement antituberculeux (jusqu'au dernier jour du traitement).

Formulaire de commande trimestrielle de fournitures de laboratoire dans l'UGB pour les cultures et les tests de pharmacosensibilité

Les commandes de fournitures de laboratoire sont préparées tous les 3 mois, selon les besoins calculés en fonction de la consommation¹

| | | |
|-------------------------|----------------|--|
| Nom de l'UGB : _____ | Centre : _____ | _____ trimestre de l'année _____ |
| Nom et signature: _____ | | Date à laquelle est rempli ce formulaire : _____ |

| Produits | Unité de mesure | (a) Consommation trimestrielle moyenne ¹ | (b) = (a) Stock tampon requis | (c) Stock au dernier jour du trimestre précédent | (d) (d) = (a)+ (b) - (c) Nb d'unités à commander |
|---|-----------------|--|--|--|--|
| Culture² | | | | | |
| Milieu de culture en flacons (ou en tubes) | | | | | |
| Triple emballage | | | | | |
| Pipettes/anse | | | | | |
| Milieux de culture préparés sur place ² | | | | | |
| Poudre L-Jensen | | | | | |
| Tubes/flacons à bouchon | | | | | |
| Pipettes/anse | | | | | |
| Tests de pharmacosensibilité sur milieu liquide² | | | | | |
| Flacons avec milieu de culture lyophilisé pour bacilles tuberculeux | | | | | |
| Pipette ou seringue | | | | | |
| Poudre antibiotique R | | | | | |
| Poudre antibiotique H | | | | | |
| Poudre antibiotique S | | | | | |
| Poudre antibiotique E | | | | | |
| Tests de pharmacosensibilité sur milieu solide préparé sur place² | | | | | |
| Poudre L-Jensen | | | | | |
| Tubes/flacons à bouchon | | | | | |
| Pipettes/anse | | | | | |
| Poudre antibiotique R | | | | | |
| Poudre antibiotique H | | | | | |
| Poudre antibiotique S | | | | | |
| Poudre antibiotique E | | | | | |
| Tests de pharmacosensibilité sur milieu solide envoyé par le laboratoire national de référence² | | | | | |
| Milieu de culture en flacon avec R | | | | | |
| Milieu de culture en flacon avec H | | | | | |
| Milieu de culture en flacon avec S | | | | | |
| Milieu de culture en flacon avec E | | | | | |
| Pipettes/anse | | | | | |

1 Selon la consommation de l'année précédente

2 Adapter selon les conditions et les possibilités logistiques dans le pays.

Formulaires et registres pour l'enregistrement et la notification des cas de tuberculose (version 2006)

4. III^{ème} partie : Informations complémentaires sur la tuberculose



Dans chaque formulaire, les ajouts et les modifications sont entourés en bleu:

Les suppressions par rapport à la série actuelle de formulaires sont entourées en rouge pointillé > (annexes, pages 57-72).

Objectif

La III^{ème} partie contient des formulaires supplémentaires, dont l'utilisation est facultative : *Registre des cas suspects de tuberculose, Registre des contacts de patients tuberculeux, Rapport trimestriel sur la conversion des frottis d'expectoration, Registre des patients tuberculeux orientés.*

Les informations complémentaires, dont la mention est facultative, peuvent être ajoutées aux formulaires essentiels présentés à la I^{ère} et à la II^{ème} parties.

Les systèmes d'enregistrement et de notification électroniques, notamment s'ils sont utilisés à l'échelon individuel, modifieront la portée des informations recueillies. Cependant, pour une meilleure utilisation des informations obtenues, **l'établissement de rapports trimestriels électroniques doit rester, autant que possible, limité**

Registre des cas suspects de tuberculose

* (Pos) : positif; (Nég) : négatif ; (I) : indéterminé ; (NF) : non fait / inconnu. Toute preuve documentée d'un test de dépistage du VIH effectué pendant ou avant le traitement antituberculeux doit être indiquée ici.

On trouvera ci-dessous des suggestions d'ajouts aux formulaires présentés à la 1^{ère} et à la II^{ème} parties

Formulaire B : Registre de laboratoire (tuberculose)

Une colonne intitulée « Résultat du test VIH » peut être ajoutée après la colonne « Résultats de l'examen du frottis d'expectoration ».

Formulaire C : Fiche de traitement (TB)

Recto : 4 colonnes peuvent être ajoutées au tableau sur la délivrance quotidienne des médicaments pendant la phase initiale (comme dans la version actuelle, annexe 4 – recto) : 1. Nb de doses ce mois-ci, 2. Nb total de doses délivrées, 3. Médicaments délivrés à l'accompagnateur – date, 4. Médicaments délivrés à l'accompagnateur – doses.

Verso : 2 colonnes peuvent être ajoutées au tableau sur la délivrance quotidienne des médicaments pendant la phase d'entretien (comme dans la version actuelle, annexe 4 – verso) : 1. Nb de doses ce mois-ci, 2. Nb total de doses délivrées.

Formulaire D : Registre des cas de tuberculose dans l'UGB pratiquant la mise en culture systématique et /es tests de pharmacosensibilité

– Page de gauche

Deux colonnes intitulées « Soutien communautaire – orientation pour diagnostic » et « Soutien communautaire pour traitement » peuvent être ajoutées après la colonne « Centre de soins ». Ces deux colonnes permettront de rendre compte de la contribution de la communauté à la lutte antituberculeuse et de remplir plus facilement le tableau 3 du Rapport annuel sur la gestion du programme, formulaire 10.

Ajouter la note de bas de page suivante : Le soutien communautaire est assuré par des personnes qualifiées, régulièrement encadrées qui fournissent des services hors des établissements de santé. Il s'agit le plus souvent de praticiens informels, des agents communautaires et des bénévoles, des membres de la famille et des amis

– Page de droite

La première colonne intitulée « Résultat test VIH, Date » peut être renommée « Résultat test VIH, Date, n° d'enregistrement avant TAR »; la colonne « TAR O/N, Date de début » peut être rebaptisée « TAR O/N, Date de début, n° d'enregistrement TAR ».

Formulaire E : Rapport trimestriel sur l'enregistrement des cas de TB dans l'UGB

Tableau 1 : Dans les colonnes « Nouveaux cas de tuberculose pulmonaire à frottis négatif », « Frottis d'expectoration non fait/non disponible » et « Nouveaux cas de tuberculose extrapulmonaire », on peut utiliser trois tranches d'âge (0-4 ans ; 5-14 ans ; ≥15 ans) au lieu de deux (0-14 ans et ≥15 ans).

Tableau 2 : La tranche d'âge 0-14 ans peut être divisée en deux (0-4 ans and 5-14 ans).

Tableau 3 : Les deux colonnes suivantes peuvent être ajoutées : « Dont (colonne 1) soumis à un test VIH » et « Dont (colonne 2) VIH-positifs ».

Année _____

Registre des contacts de patients tuberculeux

Centre de soins

1. Remplir la liste des personnes en contact du cas index de façon consécutives pour chaque cas index. Ajouter la définition de « contact »

Rapport trimestriel sur la conversion des frottis d'expectoration

| | |
|-------------------------------------|--|
| Nom de l'UGB : _____ Centre : _____ | _____ trimestre de l'année _____ |
| Nom et signature : _____ | Date à laquelle est rempli ce formulaire : _____ |

| Nombre de cas à frottis positif enregistrés au cours du trimestre indiqué ci-dessus ² | Frottis non fait à 2 ou à 3 mois | Conversion du frottis : | |
|--|----------------------------------|-------------------------|----------|
| | | à 2 mois | à 3 mois |
| | | | |
| Total des frottis convertis à 2 ou à 3 mois : | | | |

¹ Trimestre : Ce formulaire concerne les patients enregistrés (sur le registre de l'UGB) au cours du trimestre qui s'est achevé il y a 3 mois. Par exemple, si vous remplissez ce formulaire au début du 3^{ème} trimestre, utilisez les données sur les patients enregistrés au 1^{er} trimestre.

² Nombre de nouveaux cas de tuberculose à frottis positif indiqué au tableau 1, colonne 1, première ligne du *Rapport trimestriel sur l'enregistrement des cas de tuberculose* rempli précédemment pour les patients enregistrés au cours de ce trimestre.

Programme de lutte antituberculeuse

Formulaire H

Rapport trimestriel sur le résultat des traitements antituberculeux et les activités TB/VIH dans l'UGB

| | |
|---------------------------------|-------------------|
| Nom de l'UGB : _____ | Centre : _____ |
| Nom du coordonnateur TB : _____ | Signature : _____ |

Tableau 1 : Résultat des traitements antituberculeux

| Type de cas | Résultat des traitements | | | | | Nb total de résultats évalués (somme des colonnes 1 à 6) |
|--|--------------------------|-----------------------|-----------|--------------------------------------|------------------|--|
| | Guérison (1) | Traitemen terminé (2) | Décès (3) | Echec thérapeutique ² (4) | Perdu de vue (5) | |
| Nouveaux cas à frottis positif | | | | | | |
| Nouveaux cas à frottis négatif | | | | | | |
| Frottis non fait/non disponible | | | | | | |
| Nouveaux cas de TB extrapulmonaire | | | | | | |
| Rechute | | | | | | |
| Traitemen après échec | | | | | | |
| Traitemen après interruption | | | | | | |
| Autres cas traités précédemment ³ | | | | | | |

* Chiffres à reprendre du Rapport trimestriel sur l'enregistrement des cas de tuberculose pour le trimestre indiqué ci-dessus. Préciser les données exclues : _____

Tableau 2 : Résultat des traitements antituberculeux chez les patients VIH-positifs

| Type de cas | Résultat des traitements | | | | | Nb total de résultats évalués (somme des colonnes 1 à 6) |
|--|--------------------------|-----------------------|-----------|--------------------------------------|------------------|--|
| | Guérison (1) | Traitemen terminé (2) | Décès (3) | Echec thérapeutique ² (4) | Perdu de vue (5) | |
| Nouveaux patients VIH-positifs Tableau 3, colonne (a)* | | | | | | |
| Ensemble des cas de tuberculose | | | | | | |
| Nouveaux cas à frottis positif | | | | | | |

* dont nombre de patients atteints d'une co-infection TB-VIH : _____ préciser toute donnée exclue : _____

Tableau 3 : Activités TB/VIH (pour le même trimestre qu'au tableau 1)

| | Nb de patients soumis à un test VIH ⁴ | Nb de patients VIH-positifs (a) | Nb de patients sous co-trimoxazole ⁵ | Nb de patients sous TAR ⁶ |
|---------------------------------|--|---------------------------------|---|--------------------------------------|
| Ensemble des cas de tuberculose | | | | |
| Nouveaux cas à frottis positif | | | | |

| Nouveaux cas à frottis positif | Résultat des traitements | | Nb de patients sous TAR ⁶ |
|--------------------------------|--------------------------|-----------------------|--------------------------------------|
| | Guérison (1) | Traitemen terminé (2) | |
| | | | |

1 Trimestre : Ce formulaire concerne les patients inscrits sur le registre des cas de tuberculose de l'UGB au cours du trimestre qui s'est achevé il y a 12 mois. Par exemple, si vous remplissez ce formulaire à la fin du deuxième trimestre, inscrivez les données relatives aux patients enregistrés au 2^{ème} trimestre de l'année précédente.

2 Inclut les patients qui sont passés à un traitement de la catégorie IV car leur échantillon d'expectoration a révélé une TB-MR.

3 Inclut les tuberculoses pulmonaires pour lesquelles on ignore le résultat du traitement précédent, les tuberculoses à frottis négatif et à culture négative précédemment traitées et les tuberculoses extrapulmonaires ayant fait l'objet d'un traitement auparavant. Les « transferts entrants » et les cas chroniques sont exclus.

4 Tout test de dépistage du VIH documenté (et le résultat de ce test), effectué dans un centre reconnu avant que la tuberculose n'ait été diagnostiquée ou pendant le traitement antituberculeux (jusqu'à la fin du trimestre) doit être indiqué ici.

5 Inclut les patients tuberculeux qui poursuivent une prophylaxie au co-trimoxazole au cours du traitement antituberculeux (jusqu'au dernier jour du traitement). ET ~~pendant le traitement antituberculeux~~

6 Inclut les patients tuberculeux qui poursuivent un TAR instauré avant le diagnostic de la maladie ou pendant le traitement antituberculeux (jusqu'au dernier jour du traitement).

Année

Centre

Registre des patients tuberculeux orientés

Formulaire à utiliser seulement dans les grands centres de santé qui dépistent et orientent un nombre élevé de patients tuberculeux

Formulaires et registres recommandés par l'OMS pour l'enregistrement des cas de tuberculose

5. Annexes :

Formulaires et registres actuels

Dans chaque formulaire, les suppressions sont entourées en rouge pointillé.

Ces formulaires et registres sont présentés dans ce document en anglais seulement, la version révisée ci-dessus remplace la version anglaise antérieure

Source :

Management of tuberculosis: training for district TB coordinators, WHO/HTM/TB/2005.347a-m and Management of tuberculosis: training for health facility staff, WHO/CDS/TB/2003.314a-k

Annex 1

TB LABORATORY FORM

REQUEST FOR SPUTUM EXAMINATION

Name of health facility _____ Date _____

Name of patient _____ Age _____ Sex: M F

Complete address _____

District _____

Reason for examination:

Diagnosis TB Suspect No. _____

OR Follow-up Patient's District TB No. * _____

Disease site: Pulmonary Extrapulmonary (specify) _____

Number of sputum samples sent with this form _____

Date of collection of first sample _____ Signature of specimen collector _____

* Be sure to enter the patient's District TB No. for follow-up of patients on TB treatment.

RESULTS (to be completed by Laboratory)

Lab. Serial No. _____

(a) Visual appearance of sputum:

Mucopurulent

Blood-stained

Saliva

(b) Microscopy:

| DATE | SPECIMEN | RESULTS | POSITIVE (GRADING) | | | |
|------|----------|---------|--------------------------|--------------------------|--------------------------|--------------------------|
| | | | +++ | ++ | + | scanty (1-9) |
| | 1 | | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| | 2 | | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| | 3 | | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |

Date _____

Examined by (Signature) _____

The completed form (with results) should be sent to the health facility and to the District Tuberculosis Unit.

Annex 2
Year _____

REGISTER OF TB SUSPECTS

Facility

Annex 3

TB LABORATORY REGISTER

* If sputum is for diagnosis, write a tick under diagnosis. If the sputum is for follow-up, write the patient's District TB Number under follow-up.

TUBERCULOSIS TREATMENT CARD

| | |
|--|-----------------------|
| Name _____ | District TB No. _____ |
| Complete address _____ | Health facility _____ |
| Sex: M <input type="checkbox"/> F <input checked="" type="checkbox"/> Age _____ | Disease site |
| Name and address of community treatment supporter (if applicable) _____ | |
| Pulmonary <input type="checkbox"/> Etrapulmonary <input checked="" type="checkbox"/> | |

I. INITIAL PHASE – Prescribed regimen and dosages

Tick frequency: Daily 3 times/week

Tick category and indicate **number of tablets per dose and dosage of S (grams):**

| | | | |
|------------------------------------|--------------------------------------|-----------------------------------|-----------------------------|
| CAT I | CAT II | CAT III | CAT IV |
| New case <input type="checkbox"/> | - - - | - - - | - - - |
| (smear-positive, or seriously ill) | Retreatment <input type="checkbox"/> | New case <input type="checkbox"/> | Chro (smear-negative or EP) |

三一經文書院

HR Z E S

HR: isoniazid and rifamycin Z: nvrazinamide E: ethambutol S: streptomycin

3. *septentrionalis*

Tick appropriate box after the drugs have been administered

Drugs given to support

Please turn over **58** for continuation phase

Annex 5

DISTRICT TB REGISTER – LEFT SIDE OF THE REGISTER BOOK

** Enter the treatment category:

Enter the treatment category.
CAT I: New smear positive case, or
 New case (seriously ill) smear negative
 or seriously ill EP)

$$\text{Eq. } 2(\text{HRZE})/4(\text{HRZ})^2$$

**** Enter only one code:**

N: **New** – A patient who has never had treatment for TB or who has taken **Less than one course.**

N: **New** – A patient who has never had treatment for TB or who has taken antituberculosis drugs for less than 1 month.

R: **Relapse** – A patient previously treated for TB, declared cured or treatment completed, and who is diagnosed with bacteriological (+) TB.

CAT II: Re-treatment
e.g. 2(HRZE)S/1(HRZE)/5(HR)E₃

CAT III: New case (smear negative or EP)
e.g. 2(HRZ)/4(HR)₃

O: **Other** – All cases that do not fit the above definitions. This group includes chronic case, a patient who is sputum (+) at the end of a re-treatment regimen.

Annex 5

DISTRICT TUBERCULOSIS REGISTER - RIGHT SIDE OF THE REGISTER BOOK

+CAT I patients have follow-up sputum examination at 2 months; CAT II patients have follow-up sputum examination at 3 months.

†† Enter date in the appropriate column:

Cure: Sputum smear (+) patient who is sputum (-) in the last month of treatment and on at least one previous occasion.

Treatment completed: Patient who has completed treatment but who does not meet the criteria to be classified as a cure or a failure.
Treatment failure: Patient who is sputum smear (+) at 5 months or later during treatment (also a patient who was initially smear (-) and became smear-positive at 2 months).

Died: Patient who dies from any cause during the course of treatment.

Default: Patient whose treatment was interrupted for 2 consecutive months or more.

Annex 6

QUARTERLY REPORT ON SPUTUM CONVERSION

| | | | |
|--|--|-----------------------|----------|
| Name of district: _____ | <i>Patients registered during quarter of year * _____</i> | | |
| District no.: _____ | | | |
| Name of District TB Coordinator: _____ | Date of completion of this form: _____ | | |
| Signature: _____ | | | |
| Number of new smear positive cases registered in quarter recorded above** | Smear not done at either 2 or 3 months | Sputum conversion at: | |
| | | 2 months | 3 months |
| | | | |
| Total converted at 2 or 3 months: | | | |

* Quarter: This form applies to patients registered (recorded in the District Tuberculosis Register) in the quarter that ended 3 months ago. For example, if completing this form at the beginning of the 3rd quarter, record data on patients registered in the 1st quarter.

** This number should match the number of new smear positive cases in Block 1, Column 1, of the *Quarterly Report on TB Case Registration* previously completed for patients registered in this quarter.

Annex 7

QUARTERLY REPORT ON TB CASE REGISTRATION

| | |
|--|---|
| Name of district: _____ | <i>Patients registered during quarter of year _____</i> |
| District no.: _____ | Date of completion of this form: _____ |
| Name of District TB Coordinator: _____ Signature: _____ | |

Block 1. NEW CASES

| Pulmonary | | Extrapulmonary | | Total (4) | |
|------------------|------------------|----------------|-----------|--------------|--|
| Smear (+) (1) | Smear (-) (2) | | | | |
| <15 years | ≥15 years | <15 years | ≥15 years | | |
| | | | | | |

**Block 2. NEW PULMONARY SMEAR (+) CASES ONLY, FROM BLOCK 1 ABOVE,
BY SEX AND AGE GROUP**

| Age group in years | | | | | | | | |
|--------------------|------|-------|-------|-------|-------|-------|------|-------|
| Sex | 0–14 | 15–24 | 25–34 | 35–44 | 45–54 | 55–64 | ≥ 65 | Total |
| M | | | | | | | | |
| F | | | | | | | | |

Block 3. PREVIOUSLY TREATED CASES (Smear-positive)*

| Relapse | Treatment after failure | Treatment after default | Other** |
|---------|-------------------------|-------------------------|---------|
| | | | |

* In areas routinely using culture, a separate form for reporting culture-positive patients should be used.

** Other cases may include patients with unknown history of previous treatment.

Annex 8

QUARTERLY REPORT ON TREATMENT OUTCOMES

| | | | | | |
|--|--|------------------------------|---|----------------------------|---|
| Name of district: _____ District no.: _____ | Name of District TB Coordinator: _____ Signature: _____ | | Patients registered during * quarter of year _____ | | Date of completion of this form: _____ |
| Type of case | Treatment outcomes | | | | |
| | Cure (1) | Treatment completed (2) | Died (3) | Treatment failure (4) | Default (5) |
| Total number of pulmonary patients registered during quarter reported on** | | | | | Total number evaluated for outcomes: Sum of columns 1 to 6 |
| 1. New | 1.1 Smear (+) | | | | |
| | 1.2 Smear (-) | | | | |
| 2. Re-treatment (smear-positive)*** | 2.1 Relapses | | | | |
| | 2.2 Treatment after failure | | | | |
| | 2.3 Treatment after default | | | | |

* Quarter: This form applies to patients registered (recorded in the District Tuberculosis Register) in the quarter that ended 12 months ago. For example, if completing this form at the beginning of the 3rd quarter, record data on patients registered in the 2nd quarter of the previous year.

** These numbers are transferred from the Quarterly Report on TB Case Registration for the above quarter. Of these patients, _____ (number) were excluded from evaluation for the following reasons:

*** In areas routinely using culture, a separate form for culture-positive patients should be used.

Annex 9

QUARTERLY REPORT ON PROGRAMME MANAGEMENT

PART A – DISTRICT LEVEL

District name and No. _____ Year _____ Quarter _____

District TB Coordinator _____ Date of completion _____

1. Number of TB cases registered during the above quarter by treatment status:

| Patient's type | Diagnostic category | Number registered and started treatment | Number registered but not yet treated | Total registered |
|--|---------------------|---|---------------------------------------|------------------|
| New smear (+) | Category I | | | |
| New smear (-) severe forms | Category I | | | |
| New extrapulmonary severe forms | Category I | | | |
| Relapse | Category II | | | |
| Other re-treatment smear (+) | Category II | | | |
| New smear (-) (less severe forms) | Category III | | | |
| New extrapulmonary (less severe forms) | Category III | | | |
| Total | | | | |

2. Report number of drugs in the district store*:

| | (HRZE) H 75, R 150, Z 400, E 275 | (HRZ) H 75, R 150, Z 400 mg | (HR) H 150, R 150 g | (HE) H 150, E 400 | E 400 mg | S 1 g |
|--|--|-----------------------------------|---------------------------|-------------------------|-------------|----------|
| Stock on 1st day of the quarter | | | | | | |
| Amount received from the regional TB coordinator | | | | | | |
| Amount consumed | | | | | | |
| Stock on last day of the quarter | | | | | | |

* Adapt type of drugs according to your country's treatment regimens.

3. Consumption of other items during the quarter:

| | Sputum containers | Microscope slides |
|--|-------------------|-------------------|
| Stock on 1st day of the quarter | | |
| Amount received from the regional or central level | | |
| Amount used for patients | | |
| Stock on last day of the quarter | | |

4. Supervisory activities:

| | Number of health units in district | Number of health units visited | Number of days spent in supervision |
|------------------------------------|------------------------------------|--------------------------------|-------------------------------------|
| Supervisory visits to health units | | | |

5. Sputum examination for case-finding and follow-up by microscopy:

| | |
|--|--|
| Number of suspects examined by microscopy for case-finding | |
| Number of sputum examinations for case-finding | |
| Number of smear-positive patients discovered | |
| Number of patients examined by microscopy for follow-up | |

QUARTERLY REPORT ON PROGRAMME MANAGEMENT
PART B – REGIONAL LEVEL

Region name and No. _____ Year _____ Quarter _____

Regional TB Coordinator _____ Date of completion _____

1. Number of districts in the region involved in the expanded DOTS strategy:

Number of districts that started the expanded DOTS strategy during the quarter: _____

Total No. of districts participating in the expanded DOTS strategy at end of the quarter: _____

Total number of districts in the region: _____

2. No. of Quarterly Programme Management Reports received from participating districts:

Received and enclosed: _____ Reports not received from the following districts:

District No.: _____

3. Supervisory activities:

Total No. of supervisory visits by regional coordinator to districts during the last quarter: _____

Number of districts that received supervisory visits at least once during last quarter: _____

Number of districts not visited by regional TB coordinator during the previous quarter: _____

District No.: _____

4. Report on number of drugs in the regional store*:

| | (HRZE) H 75, R 150, Z 400, E 275 | (HRZ) H 75, R 150, Z 400 mg | (HR) H 150, R 150 | HE H 150, E 400 | E 400 mg | S 1 g |
|---------------------------------------|--|-----------------------------------|-------------------------|-----------------------|-------------|----------|
| Stock on 1st day of the quarter | | | | | | |
| Amount received from the central unit | | | | | | |
| Amount distributed to districts | | | | | | |
| Stock on last day of the quarter | | | | | | |

* Adapt type of drugs according to your country's treatment regimens.

1. Consumption of other items during the quarter:

| | Sputum containers | Microscope slides |
|---------------------------------------|-------------------|-------------------|
| Stock on 1st day of the quarter | | |
| Amount received from the central unit | | |
| Amount distributed to districts | | |
| Stock on last day of the quarter | | |

QUARTERLY REPORT ON PROGRAMME MANAGEMENT
PART C - NATIONAL LEVEL

Year _____ Quarter _____ Date of completion _____

1. Number of regions in the country involved in the expanded DOTS strategy:

Number of regions that started the expanded DOTS strategy during the quarter: _____
 Total no. of regions participating in the expanded DOTS strategy at end of the quarter: _____
 Total number of regions in the country: _____

2. No. of Quarterly Programme Management Reports received from participating regions:

Received and enclosed: _____ Reports not received from the following regions:
 Region No.: _____

3. Supervisory activities:

Total no. of supervisory visits by national supervisors to regions during the last quarter: _____
 Number of regions that received supervisory visits at least once during last quarter: _____
 Number of regions not visited by national supervisors during the previous quarter: _____
 Region No.: _____

4. Report on number of drugs in the national store*:

| | (HRZE) H 75, R 150 Z 400, E 275 | (HRZ) H 75, R 150, Z.400 mg | (HR) H 150, R 150 | HE H 150, E 400 | E 400 mg | S 1 g |
|----------------------------------|---------------------------------------|-----------------------------------|-------------------------|-----------------------|-------------|----------|
| Stock on 1st day of the quarter | | | | | | |
| Amount received | | | | | | |
| Amount distributed to regions | | | | | | |
| Stock on last day of the quarter | | | | | | |

* Adapt type of drugs according to your country's treatment regimens.

5. Consumption of other items during the quarter:

| | Sputum containers | Microscope slides |
|----------------------------------|-------------------|-------------------|
| Stock on 1st day of the quarter | | |
| Amount received | | |
| Amount distributed to regions | | |
| Stock on last day of the quarter | | |

Annex 10

TUBERCULOSIS REFERRAL/TRANSFER FORM

(Complete top part in triplicate)

Tick and comment to indicate the reason for this referral or transfer:

Referral to register and begin TB treatment

Referral for _____

Transfer (registered patient is moving)

Name/address of referring/transferring facility _____

Name/address of facility to which patient is referred/transferred _____

Name of patient _____ Age _____ Sex: M F

Address (if moving, future address) _____

Name and address of contact person for patient _____

Diagnosis*

District TB No.* _____ Date treatment started* _____

Category of treatment:*

- CAT I New case, smear-positive
- CAT II Re-treatment
- CAT III New case, smear-negative or extrapulmonary
- CAT IV Chronic or MDR-TB

Drugs patient is receiving _____

Remarks (e.g. side-effects observed) _____

Signature _____ Position _____ Date of referral/transfer _____

*Complete if known. If this is a referral for diagnosis, these items may be unknown.

For use by facility to which patient has been referred or transferred:

Name of facility _____

District _____ Date _____

Name of patient _____ District TB No. _____

The above patient reported at this facility on _____ (date)

Signature _____ Position _____

Send this part back to referring/transferring facility as soon as patient has reported.