EOHU Eastern Ontario Health Unit | BSEO Bureau de santé de l'est de l'Ontario

POSITIVE TUBERCULIN SKIN TEST REPORT FOLLOW-UP FOR TUBERCULOSIS (TB)

Please complete this form and fax to the Eastern Ontario Health Unit
Fax: 613-933-7417

Patient Name: _____ D.O.B.: _____

Date and time of Tuberculin Skin Test (TST): _____

Date and time of TST reading: _____ Result: _____ mm

Date of chest X-ray: _____ **Date of physical assessment:** _____

☐ **Normal**

☐ **Abnormal** **Result:**_____

Evidence of active TB? ☐ Yes ☐ No

Follow-up chest X-ray required for TB screening: ☐ Yes ☐ No

Client will be started on latent TB chemoprophylaxis: ☐ Yes ☐ No

Latent TB chemoprophylaxis prescription faxed to EOHU: ☐ Yes ☐ No

Client referred to a TB specialist: ☐ Yes ☐ No **Date:** _____

Name of clinic: _____

If a diagnosis of active TB is suspected, the Eastern Ontario Health Unit must be notified promptly at 613-933-1375, extension 1336.

Health Care Provider's signature: _____ Date: _____

Health Care Provider's name (printed): _____

Address: _____ Phone: _____

13383 ICD-25b

EOHU Eastern Ontario Health Unit | BSEO Bureau de santé de l'est de l'Ontario

RAPPORT DE SUIVI AU TEST CUTANÉ À LA TUBERCULINE POSITIF POUR LA TUBERCULOSE (TB)

Veuillez remplir ce formulaire et le télécopier au Bureau de santé de l'est de l'Ontario.
Télécopieur : 613 933-7417

Nom du patient : _____ D.D.N. _____

Date et heure du Test cutané à la tuberculine (TCT) : _____

Date et heure de la lecture du TCT : _____ Résultat :_____ mm

---

Date de radiographie pulmonaire : _____ **Date de l'examen physique :** _____

☐ **Normale**

☐ **Anormale** **Résultat :** _____

Signes de TB active? ☐ Oui ☐ Non

Une radiographie pulmonaire de suivi requise pour un dépistage de TB : ☐ Oui ☐ Non

Le client devrait entreprendre une chimioprophylaxie de TB latente : ☐ Oui ☐ Non

L'ordonnance de chimioprophylaxie de TB latente est télécopiée au BSEO : ☐ Oui ☐ Non

Le client a été référé à un spécialiste de la TB : ☐ Oui ☐ Non **Date** : _____

Nom de la clinique : _____

Si un diagnostic de TB active est soupçonné, le Bureau de santé de l'est de l'Ontario doit en être avisé promptement au 613 933-1375, poste 1336.

Signature du fournisseur de soins de santé :_____ Date : _____

Nom du fournisseur de soins de santé (en lettre imprimée) :_____

Adresse :_____ Tél. : _____

13383 ICD-25b