Dépistage de la tuberculose active (TB) pour le personnel et les bénévoles des foyers de soins de longue durée et maisons de retraite

Nom de l'employé/du bénévole : _____ Date de naissance : _____

Veuillez répondre Oui ou Non aux éléments de la liste des symptômes de la TB active. En présence de l'un ou l'autre des symptômes suivants, vous devez être évalué par un fournisseur de soins de santé avant votre placement dans l'établissement.

SYMPTÔME	OUI	NON	DATE D'APPARITION	REMARQUES
Toux actuelle qui dure depuis plus de 2 semaines	☐	☐		
Diagnostic de pneumonie après deux administrations d'antibiotiques sans amélioration	☐	☐		
Toux avec sang	☐	☐		
Douleur thoracique	☐	☐		
Essoufflement	☐	☐		
Fièvre	☐	☐		
Sueurs nocturnes	☐	☐		
Perte de poids non intentionnelle	☐	☐		
Fatigue	☐	☐		
Perte d'appétit	☐	☐		

Liste de contrôle remplie par (nom & titre) :_____

Signature : _____ Date : _____

13475 ICD-26f

Si les renseignements sont requis dans un autre format, veuillez appeler au 1 800 267-7120 et faire le 0.