

NE RIEN ÉCRIRE DANS LES MARGES

Centre intégré
universitaire de santé
et de services sociaux
de l'Est-de-
l'Île-de-Montréal

Québec 



EST10076

N° Dossier :

Date de naissance :

Sexe :

Nom, Prénom :

Nom de la mère :

Adresse :

Téléphone :

NAM :

Expiration :

TEST CUTANÉ À LA TUBERCULINE (TCT)

Référé par : _____ Indication : _____

Évaluation pré-test

- 1 Avez-vous déjà présenté une réaction anaphylactique suivant l'administration de ce produit ? Laquelle : _____ Non Oui
- 2 Avez-vous déjà présenté une réaction positive grave au TCT sous formes de vésicules d'ulcération ou de nécrose ? Laquelle : _____ Non Oui
- 3 Êtes-vous atteint d'une infection virale grave (rougeole, oreillons, varicelle) ?
Laquelle : _____ Non Oui
- 4 Avez-vous reçu un vaccin contenant un virus vivant au cours des 4 dernières semaines ?
Lequel : Rougeole Rubéole Fièvre jaune Varicelle Oreillons Non Oui

Test Indiqué Contre-indiqué

Commentaires : _____

Signature de l'infirmière : _____

Injection

Date et heure	Solution de tuberculine, dérivée de protéines purifiées		
	No de lot	Date de péremption	Fabricant - Dose - Site
aaaa/mm/jj hh:mm		aaaa/mm/jj	Tubersol® 5 UT, 0.1 mL ID <input type="radio"/> Avant-BG <input type="radio"/> Avant-BD
Réaction de l'usager s'il y a lieu : _____			
Commentaires : _____			
Signature de l'infirmière _____			

Date et heure	Lecture de la réaction (largeur de la zone d'induration en mm)	Réaction indésirable observée (ex. formation d'une vésicule)
aaaa/mm/jj hh:mm		
Commentaires : _____		
Signature de l'infirmière _____		

Date et heure	Transmission du résultat au référent - médecin prescripteur	
aaaa/mm/jj hh:mm	<input type="checkbox"/> Usager hospitalisé	<input type="checkbox"/> Appel téléphonique à : _____ <input type="checkbox"/> Avis verbal à : _____
aaaa/mm/jj hh:mm	<input type="checkbox"/> Autre : _____ _____	<input type="checkbox"/> Appel téléphonique à : _____ <input type="checkbox"/> Résultat télécopié au : _____ <input type="checkbox"/> Inscription au carnet de vaccination de l'usager <input type="checkbox"/> Autre : _____
Commentaires : _____		
Signature de l'infirmière _____		

NE RIEN ÉCRIRE DANS LES MARGES