**Fiche cas CONTACT**

**Date de l’enquête :** <Date de saisie du contact>

IDEST : <Contact saisi par> Médecin en charge : <Nom médecin de secteur agent>

**CARACTÉRISTIQUES DE L’AGENT**

NOM : <Nom usuel de l’agent> Prénom(s) : <Prénom de l’agent>

Date de naissance : <Date de naissance agent> Pays de naissance : <Pays de naissance agent>

Sexe : <Libellé sexe agent> Age : <Age agent> ans

Fonction : <Libellé Poste/Emploi/Métier>

Service actuel : <Libellé UF principale agent>

**Antécédents**

BCG : <oui / non> <année du dernier : <Année Vaccin BCG> cicatrice oui 🞏 non 🞏>

Dernière IDR : <Date dernier Examen IDR> Mensuration : mm

Dernière radiographie thoracique : <Date dernier examen radio thoracique>

 Interprétation : <Conclusion dernier exam radio thoracique> préciser :

Antécédent de test IGRA : <oui / non>

<Date : <Date dernier exam Quantiféron> Résultats : <Conclusion dernier exam Quantiféron >>

Antécédents ITL : <oui / non> si oui, traitement prophylactique : oui 🞏 non 🞏

Antécédents TM : <oui / non> si oui traitement curatif : oui 🞏 non 🞏

Majoration du risque de TM : non 🞏 oui 🞏 si oui, préciser :

**HISTOIRE DU CONTACT**

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
| **Intensité de l’exposition** | **Patient TRÈS contagieux** 🞏 | **Patient PEU contagieux** 🞏 |
| **Forte** 🞏 | Quel que soit la durée d’exposition |
| **Moyenne** 🞏 | Durée d’exposition **> 1 h** 🞏 ou < 1 h 🞏 | Durée d’exposition **> 8 h** 🞏 ou < 8 h 🞏 |
| **Faible** 🞏 | Durée d’exposition **> 8 h** 🞏 ou < 8 h 🞏 | Durée d’exposition **> 40 h** 🞏 ou < 40h 🞏 |

Date de **1er contact :**  / /

Date **dernier contact :** / /

**DÉCISION DE SUIVI oui 🞏 non 🞏**