

## Latent Tuberculosis Infection (LTBI) Reporting Form

Latent tuberculosis infection (LTBI) must be reported to Ottawa Public Health (OPH) as per the *Ontario Health Protection and Promotion Act, 1990*. Please complete all fields and fax to OPH at **613-580-9640**.

|  |   |   |  |
|--|---|---|--|
| Last name: _____                       |   | First Name: _____   |  |
| Ontario Health Card #: _____           |   | Gender: <input type="checkbox"/> M <input type="checkbox"/> F <input type="checkbox"/> Other: _____ |  |
| DOB: _____<br><small>y / m / d</small> | Phone: _____                                      | Weight: _____   |  |
| Address: _____                         |   |   |  |
| Country of Birth: _____                |   | Date of Arrival: _____  |  |
| Tuberculin Skin Test:                  | Date given: _____<br><small>y / m / d</small>     | Date read: _____<br><small>y / m / d</small>  | Result: _____ mm   |
| IGRA/Quantiferon-TB GOLD:              | Date collected: _____<br><small>y / m / d</small> | Value: _____ IU/mL  | <input type="checkbox"/> Positive<br><input type="checkbox"/> Negative |
| CXR:                                   | Date: _____<br><small>y / m / d</small>           | Results: _____  |  |

### Prescription for Treatment of Latent Tuberculosis Infection (LTBI)

Refer to the [Canadian TB Standards](#) for information on drugs, dosage, side effects and monitoring.

| Medication(s) | Dose | Duration |
|---------------|------|----------|
|---------------|------|----------|

Healthcare Provider Signature: \_\_\_\_\_ Date: \_\_\_\_\_

Treatment for LTBI not recommended: \_\_\_\_\_

Treatment for LTBI recommended but declined by patient: \_\_\_\_\_

**Healthcare Provider Name (printed):** \_\_\_\_\_

**Address:** \_\_\_\_\_ **Phone:** \_\_\_\_\_

February 2023

## Rapport de l'infection tuberculeuse latente (ITL)

Les infections tuberculeuses latentes (ITL) doivent être déclarés à Santé publique Ottawa (SPO) en vertu de la *Loi sur la protection et la promotion de la santé de l'Ontario, 1990*. Veuillez remplir tous les champs et l'acheminer par télécopieur à SPO au **613-580-9640**.

|  |  |  |  |
|--|--|--|--|
| Nom de famille : _____                       |  | Prénom : _____   |  |
| Carte d'assurance santé de l'Ontario : _____ |  | Sexe : <input type="checkbox"/> M <input type="checkbox"/> F Autre : _____ |  |
| DDN : _____<br><small>a / m / j</small>      | Téléphone : _____                                    | Poids : _____  |  |
| Adresse : _____                              |  |  |  |
| Pays d'origine : _____                       |  | Date d'arrivée : _____   |  |
| Test cutané à la tuberculine :               | Date reçu : _____<br><small>a / m / j</small>        | Date de lecture : _____<br><small>a / m / j</small>                        | Résultat : _____ mm  |
| TLIG/Quantiferon-TB GOLD:                    | Date de collecte : _____<br><small>a / m / j</small> | Valeur : _____ IU/mL   | <input type="checkbox"/> Positif<br><input type="checkbox"/> Négatif |
| Radiographie pulmonaire :                    | Date : _____<br><small>a / m / j</small>             | Résultat : _____   |  |

### Ordonnance pour le traitement de l'infection tuberculeuse latente (ITL)

Voir les [Canadian TB Standards](#) (anglais seulement) pour toute question sur les médicaments, les doses, les effets secondaires et la surveillance du traitement.

| Médicament(s) | Dose | Durée |
|---------------|------|-------|
|---------------|------|-------|

Signature du fournisseur de soins de santé : \_\_\_\_\_ Date : \_\_\_\_\_

Traitement de l'ITL pas recommandé : \_\_\_\_\_

Traitement de l'ITL recommandé mais refusé par le patient : \_\_\_\_\_

**Nom du fournisseur de soins de santé (en lettres moulées) :** \_\_\_\_\_

**Adresse :** \_\_\_\_\_ **Téléphone :** \_\_\_\_\_

Février 2023