

## 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: _____ <small>y / m / d</small>	Phone: _____	Weight: _____	
Address: _____			
Country of Birth: _____		Date of Arrival: _____	
Tuberculin Skin Test:	Date given: _____ <small>y / m / d</small>	Date read: _____ <small>y / m / d</small>	Result: _____ mm
IGRA/Quantiferon-TB GOLD:	Date collected: _____ <small>y / m / d</small>	Value: _____ IU/mL	<input type="checkbox"/> Positive <input type="checkbox"/> Negative
CXR:	Date: _____ <small>y / m / d</small>	Results: _____	

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

Refer to the [Canadian Tuberculosis 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: \_\_\_\_\_

March 2022

## 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 : _____	Téléphone : _____	Poids : _____	
a / m / j			
Adresse : _____			
Pays d'origine : _____		Date d'arrivée : _____	
Test cutané à la tuberculine :	Date reçu : _____	Date de lecture : _____	Résultat : _____ mm
a / m / j			
TLIG/QuantIFERON -TB GOLD:	Date de collecte : _____	Valeur : _____ IU/mL	<input type="checkbox"/> Positif <input type="checkbox"/> Négatif
a / m / j			
Radiographie pulmonaire :	Date : _____	Résultat : _____	
a / m / j			

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

Voir les [Normes canadiennes pour la lutte antituberculeuse](#) 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 : \_\_\_\_\_