

Tuberculosis (TB) Medical Surveillance Reporting Form

**Please complete this form and fax or mail to:
Infectious Disease Program, Ottawa Public Health,
100 Constellation Dr., Ottawa, Ontario, K2G 6J8
Fax: 613-580-9640**

I have seen and assessed: _____ DOB: _____

OPH File Number: _____

Date of assessment: _____

Chest x-ray	_____ (yyyy/mm/dd)	<input type="checkbox"/> Normal <input type="checkbox"/> Abnormal Result:
--------------------	-----------------------	---

Evidence of Active TB? No
 Yes

If a diagnosis of active TB is suspected, OPH must be notified promptly at 613-580-2424, ext. 24224 and a referral to the TB clinic at the Ottawa Hospital will be arranged.

Health Care Providers Signature: _____ Date: _____

Health Care Provider Name (printed): _____

Address: _____ Phone: _____

Surveillance médicale de la tuberculose

Veillez remplir ce formulaire et l'envoyer par télécopieur ou par la poste à :
Programme des maladies infectieuses, Santé publique Ottawa
100, promenade Constellation, Ottawa (Ontario) K2G 6J8
Télécopieur: 613-580-9640

J'ai vu et examiné: _____ DDN: _____

N° de dossier SPO: _____

Date d'évaluation: _____

Radiographie pulmonaire	_____ a / m / j	<input type="checkbox"/> Nég. <input type="checkbox"/> Pos. Résultat:
------------------------------------	--------------------	---

Preuve de tuberculose active? Non

Oui

Si le patient présente des signes de la tuberculose active, signalez immédiatement la situation à SPO au 613-580-2424, poste 24224, afin que le patient soit dirigé vers la clinique de tuberculose à l'Hôpital d'Ottawa.

Signature du
fournisseur de soins
de santé: _____ Date : _____

Nom du fournisseur
de soins de santé (en
lettres moulées) : _____

Adresse : _____ Téléphone : _____