

CLAT 53
Centre Fédératif de Prévention et de
Dépistage
Centre Hospitalier Laval
02 43 66 50 55
clat53@chlaval.fr

MNA ASE ; en protocole **confié** date de mise à l'abri : ___/___/20__

Date de la consultation : ___/___/20__

Langues parlées :

Consultation faite par : _____ avec interprétariat : oui non
en langue :

NOM : _____ PRENOM : _____ Sexe : H F
Pays de naissance : _____ Environnement initial (urbain, rural) : _____ Date de naissance : _____
Domicile : _____ Niveau atteint de scolarisation au Pays : _____ Scolarisation en France : _____
Téléphone : _____ Date d'arrivée en France : _____ Date de départ du Pays : _____
Pays traversés : _____

Présentez-vous en ce moment un des signes suivants:

- Toux : oui non Si oui, date de début : _____
- Crachats : oui non
- Dyspnée : oui non
- Douleurs thoraciques : oui non
- Fièvre : oui non
- Sueurs nocturnes : oui non
- Fatigue importante : oui non
- Anorexie : oui non
- Perte de poids : oui non Poids de forme _____ poids du jour : _____ **Taille** : _____

Contage tuberculeux : oui non Si oui, quand : _____ avec qui _____ quelle forme : _____
Tabac : oui non Si oui, nombre de cigarette par jour : _____
Allergie(s) : oui non Laquelle : _____

Etes-vous suivi(e) pour une des pathologies nommées ci-dessous ?

Diabète : oui non Trace vaccinale de BCG : oui non
Insuffisance rénale : oui non Localisation : _____
Affection gastrique et/ou hépatique : oui non Antériorité tubertest : _____
Affection pulmonaire : oui non Antériorité radiologique : _____
Immunodépression : oui non Préciser : _____
Autre(s) : oui non Préciser : _____
Antécédents familiaux : oui non Préciser : _____
RS : oui non Si oui avec : homme(s) femmes(s) les 2 trans Et nombre de partenaires : _____
Violences physiques : oui non Pays, parcours, les 2
Violences psychiques : oui non Pays, parcours, les 2

Prenez-vous des médicaments : oui non

Si oui, le(s)quel(s) : • _____ • _____ • _____

Radiographie pulmonaire le : ___/___/20__ Résultat : _____

Test immunologique (tubertest ou IGRA) faite le : ___/___/20__ Résultat : _____

Arrêt du suivi CLAT oui non Si non, CAT : _____ Date et initiale de l'examinateur : _____

NOM :

PRENOM :

Date de naissance :

Évaluation du comportement global lors de l'entretien :

Ouvert / réservé / craintif / triste / anxieux / agressif / inapproprié / inquiétant.

Antécédents de troubles psychologiques : oui non Préciser : _____

De prise de médicaments psychotropes : oui non Préciser : _____

De TDS : oui non Préciser : _____

D'addiction : oui non Préciser : _____

Troubles du sommeil : oui non Préciser : _____

Rumination : oui non Préciser : _____

Idées noires : oui non Préciser : _____

Plaintes somatique floue : oui non Préciser : _____

Irritabilité : oui non Préciser : _____

Instabilité de l'humeur : oui non Préciser : _____

Troubles du comportement : oui non Préciser : _____

Commentaires :

Bilan sanguin complet primo accepté : oui non

Vaccination accepté : oui non Si oui, quel(s) vaccin(s) : _____

Carnet de santé délivré : oui non

Agenda de suivi délivré : oui non