



Canadian Tuberculosis and Air Travel Reporting Form / Formulaire de signalement pour la tuberculose et les voyages aériens au Canada

1. FLIGHT INFORMATION / RENSEIGNEMENTS SUR LE VOL

Date of Flight / Date du vol (YYYY/MM/DD) (AAAA/MM/JJ)	Airline / Ligne aérienne	Flight No / N° de vol	Origin / Origine	Destination	Seat / Siège	Flight duration / Durée du vol*	Activity during flight / Activité pendant le vol
1.						hrs/hres	
2.						hrs/hres	
3.						hrs/hres	
4.						hrs/hres	

Were there other passengers on the same flight(s) who have already been assessed by public health? / D'autres passagers à bord du (des) même(s) vol(s) ont-ils été évalués par les services de santé publique?
 Yes / Oui No / Non Unknown / Ne sais pas

2. CASE INFORMATION / RENSEIGNEMENTS SUR LE CAS

Last name: / Nom de famille:	First name: / Prénom :	Sex: / Sexe :
Date of birth: (YYYY/MM/DD) / Date de naissance : (AAAA/MM/JJ)	Country of birth: / Pays de naissance :	Age: / Âge :
Country of permanent residence: / Pays de résidence permanente :	Citizenship/Immigration status in Canada: / Citoyenneté/statut d'immigrant au Canada :	

3. MEDICAL AND OTHER INFORMATION / RENSEIGNEMENTS MÉDICAUX ET AUTRES

Date of symptom onset: (YYYY/MM/DD) / Date d'apparition des symptômes : (AAAA/MM/JJ)	Date of diagnosis: (YYYY/MM/DD) / Date du diagnostic : (AAAA/MM/JJ)																								
Smear results: / Résultats des frottis : Date: (YYYY/MM/DD) / Date : (AAAA/MM/JJ)	Direct molecular detection result: / Résultat de la détection moléculaire directe : Date: (YYYY/MM/DD) / Date : (AAAA/MM/JJ)																								
If smear negative, based on three sputum samples? / Les frottis négatifs sont-ils basés sur trois échantillons d'expectorations? <input type="checkbox"/> Yes / Oui <input type="checkbox"/> No / Non <input type="checkbox"/> Unknown / Ne sais pas	Culture result: / Résultat de la culture : Date: (YYYY/MM/DD) / Date : (AAAA/MM/JJ)																								
X-ray results: / Résultats des radiographies :	Date: (YYYY/MM/DD) / Date : (AAAA/MM/JJ) Cavities? <input type="checkbox"/> Yes / Oui <input type="checkbox"/> Unknown / Ne sais pas Cavités? <input type="checkbox"/> Non / Non																								
Sensitivity results / Résultats des analyses de sensibilité : <table><thead><tr><th></th><th>Susceptible / Sensible</th><th>Resistant / Résistant</th><th>Pending / En attente</th></tr></thead><tbody><tr><td>INH</td><td><input type="checkbox"/></td><td><input type="checkbox"/></td><td><input type="checkbox"/></td></tr><tr><td>RMP</td><td><input type="checkbox"/></td><td><input type="checkbox"/></td><td><input type="checkbox"/></td></tr><tr><td>EMB</td><td><input type="checkbox"/></td><td><input type="checkbox"/></td><td><input type="checkbox"/></td></tr><tr><td>PZA</td><td><input type="checkbox"/></td><td><input type="checkbox"/></td><td><input type="checkbox"/></td></tr><tr><td>Other / Autre (specify/préciser) :</td><td></td><td></td><td></td></tr></tbody></table>		Susceptible / Sensible	Resistant / Résistant	Pending / En attente	INH	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	RMP	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	EMB	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	PZA	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Other / Autre (specify/préciser) :				Laryngeal TB? / Tuberculose laryngée? <input type="checkbox"/> Yes / Oui <input type="checkbox"/> Unknown / Ne sais pas <input type="checkbox"/> Non / Non
		Susceptible / Sensible	Resistant / Résistant	Pending / En attente																					
INH	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>																						
RMP	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>																						
EMB	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>																						
PZA	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>																						
Other / Autre (specify/préciser) :																									
	Duration and type of treatment before and/or during travel: / Durée et type de traitement suivi avant et/ou pendant le voyage :																								
	Other evidence of transmission? / Autres signes de transmission?																								
Cough during flight? / Toux pendant le vol? <input type="checkbox"/> Yes / Oui <input type="checkbox"/> Unknown / Ne sais pas <input type="checkbox"/> Non / Non	Mask used during flight? / Utilisation d'un masque pendant le vol? <input type="checkbox"/> Yes / Oui <input type="checkbox"/> Unknown / Ne sais pas <input type="checkbox"/> Non / Non																								
Are federal officials (such as CBSA, CIC, RCMP, Quarantine Officers) considered contacts of this case? / Les fonctionnaires fédéraux (ASFC, CIC, GRC) sont-ils considérés comme des contacts de ce cas? <input type="checkbox"/> Yes / Oui <input type="checkbox"/> No / Non <input type="checkbox"/> Unknown / Ne sais pas																									
Has the case returned to country of permanent residence? / Le cas est-il retourné dans son pays de résidence permanente? <input type="checkbox"/> Yes / Oui <input type="checkbox"/> No / Non <input type="checkbox"/> Unknown / Ne sais pas																									
Is case considered a future flight risk while still infectious? / Est-ce que le cas représente encore un risque d'infection en cas de vol? <input type="checkbox"/> Yes / Oui <input type="checkbox"/> No / Non <input type="checkbox"/> Unknown / Ne sais pas																									

4. REPORTING INFORMATION / RENSEIGNEMENTS SUR LA DÉCLARATION

Form completed by: / Formulaire rempli par :	Phone: / Téléphone :	Province/Territory: / Province ou territoire :
Date completed: (YYYY/MM/DD) / Rempli le : (AAAA/MM/JJ)	Date sent to Province/Territory: (YYYY/MM/DD) / Date d'envoi à la province/au territoire : (AAAA/MM/JJ)	