



**REPORTING FORM FOR A PASSENGER WITH INFECTIOUS TB ON AN AIRCRAFT.  
DÉCLARATION DE LA PRÉSENCE D'UN PASSAGER D'AVION ATTEINT DE TUBERCULOSE**

FLIGHT INFORMATION/ RENSEIGNEMENTS SUR LE VOL										
Date:	Airline: Ligne aérienne :		Flight No: N° de vol :		Seat: Siège :	Flight Duration :        hrs Durée du vol :				
Date:	Airline: Ligne aérienne :		Flight No: N° de vol :		Seat: Siège :	Flight Duration:        hrs Durée du vol :				
Date:	Airline: Ligne aérienne :		Flight No: N° de vol :		Seat: Siège :	Flight Duration:        hrs Durée du vol :				
Date:	Airline: Ligne aérienne :		Flight No: N° de vol :		Seat: Siège :	Flight Duration:        hrs Durée du vol :				
<b>Activity during flight:</b>		S : Remained seated P : Visited other passengers L : Visited lounge			<b>Activité pendant le vol :</b>		S : est demeuré(e) à son siège P : a visité d'autres passagers L : s'est rendu(e) au bar			
CASE INFORMATION/ RENSEIGNEMENTS SUR LE CAS										
Last Name: Nom de famille:				First Name: Prénom:			Case ID: To be completed by CIDPC Code d'identification du cas : À remplir par le CPCMI			
Date of birth: Date de naissance :	y	Y	Y	Y	M	M	D	D	Age: Âge :	Sex: Sexe:
Country of birth Pays de naissance :				If Foreign-born, year of arrival in Canada: (YYYY/MM) Si la personne est née à l'étranger, date d'arrivée au Canada : (AAAA/MM)						
MEDICAL INFORMATION/ RENSEIGNEMENTS MÉDICAUX										
Date of onset symptoms: (YYYY/MM/DD) Date d'apparition des symptômes : (AAAA/MM/JJ)					Date of diagnosis: (YYYY/MM/DD) Date du diagnostique : (AAAA/MM/JJ)					
Smear result: Résultats du frottis :			Date: (YYYY/MM/DD) Date : (AAAA/MM/JJ)			Culture result: Résultats de la culture :				
X-ray result: Résultats des radiographies :										
Cavities? (Yes/No/Unknown) Cavités? (Oui/Non/Ne sais pas)										
Sensitivity result: (Please provide details for all drugs) Résultats des analyses de sensibilité : (fournir des détails pour tous les médicaments)										
Duration and type of treatment before and/or during travel: Durée et type des traitements suivis avant et/ou pendant le voyage :										
Other evidence of transmission: Autres signes de transmission :										
Cough during flight? (Yes/No/Unknown) Toux pendant le vol? (Oui/Non/Ne sais pas)					Mask used during flight? (Yes/No/Unknown) Utilisation d'un masque pendant le vol? (Oui/Non/Ne sais pas)					
REPORTING INFORMATION/ RENSEIGNEMENTS SUR LA DÉCLARATION										
Form completed by: Formulaire rempli par :					Phone: Téléphone :					
Province/Territory: Province/Territoire				Date sent to CIDPC: (YYYY/MM/DD) Date d'envoi au CPCMI : (AAAA/MM/JJ)						
FOR CIDPC USE ONLY										
Received by CIDPC: (YYYY/MM/DD) Reçu par le CPCMI : (AAAA/MM/JJ)				Entered in Database: (YYYY/MM/DD) Enregistré dans la base de donnée : (AAAA/MM/JJ)						

Prepared by Tuberculosis Prevention and Control (2004/11/30)

Return completed form by mail or fax through the Provincial/  
Territorial TB Control to:

Public Health Agency of Canada  
Centre for Infectious Disease Prevention and Control  
Community Acquired Infections Division  
Tuberculosis Prevention and Control  
Building # 6, room 3439  
Tunney's Pasture, Address Locator: 0603B  
Ottawa, Ontario, Canada - K1A 0K9  
Phone (613) 957-6588  
Fax (613) 946-3902

Retourner le formulaire dûment rempli par la poste ou par fax  
par l'entremise des Bureaux de Lutte Antituberculeuse de votre  
Province/ Territoire à:

Agence de Santé Publique du Canada  
Division des Infections Acquisées dans la Collectivité  
Lutte Antituberculeuse  
Immeuble # 6, salle 3439  
Pré Tunney, Indice de l'adresse: 0603B  
Ottawa, Ontario, Canada - K1A 0K9  
Téléphone (613) 957-6588  
Fax (613) 946-3902