



ÉVALUATION CLINIQUE HEBDOMADAIRE TRAITEMENT ITL 3HP (Isoniazide et Rifapentine) TOD (2 à 65 ans)

Poids initial : _____ kg en date du : ____ / ____ / ____

EMBOSSER ICI LA CARTE DU CSI OU CSTU,
SI NON DISPONIBLE, INSCRIRE LES NOM, PRÉNOM,
DATE DE NAISSANCE ET NUMÉRO DOSSIER

EMBOSS HERE THE CARD OF IHC OR UTHC,
IF NOT AVAILABLE, WRITE THE NAME, SURNAME,
DATE OF BIRTH AND FILE NUMBER

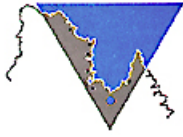
Présence de signes/symptômes ^{1,2} Inscrire N pour Non ou O pour Oui Si présence, aviser le médecin		1	2	3	4	5	6	7	8	9	10	11	12
		aa/mm/jj	aa/mm/jj	aa/mm/jj	aa/mm/jj	aa/mm/jj	aa/mm/jj	aa/mm/jj	aa/mm/jj	aa/mm/jj	aa/mm/jj	aa/mm/jj	aa/mm/jj
Hépatotoxicité	Modification de l'état général												
	Inconfort/douleur abdominale												
	Anorexie												
	Nausée/vomissement												
	Fatigue/somnolence												
	Urine foncée (couleur thé) ³												
	Selles pâles (blanchâtres)												
	Ictère – Rash – Prurit												
Hypersensibilité	UN des sx suivants : Hypotension (TAS < 90 mm Hg) ⁴	mmHg											
	Urticaire												
	Gonflement autour des lèvres et des yeux (angioedème)												
	Bronchospasme aigu												
	Yeux rouges												
	Et ≥ 4 symptômes parmi les suivants: Faiblesse, fatigue, nausées, vomissement, céphalées, fièvre, frissons, courbatures, étourdissement, dyspnée, bouffée de chaleur, sueurs												
Syndrome d'allure grippale (nausées, fatigue, douleurs musculaires, fièvre, céphalées, étourdissement, douleur abdominale)													
Référé au médecin													
Initiales de l'infirmière	Initiales	Initiales	Initiales	Initiales	Initiales	Initiales	Initiales	Initiales	Initiales	Initiales	Initiales	Initiales	Initiales

¹ Se référer conjointement à l'outil *Effets indésirables des principaux antituberculeux*.

² **Si absence de signes/symptômes**, inscrire N pour Non. **Si présence de signes/symptômes**, inscrire O pour Oui, rédiger une note au dossier et aviser médecin.

³ Ne pas confondre avec la couleur orangée de l'urine qui est un effet secondaire attendu de la prise de Rifapentine.

⁴ Prendre tension artérielle lors de la 1^{ère} dose et si présence de symptômes compatibles avec l'hypersensibilité.



**ÉVALUATION CLINIQUE HEBDOMADAIRE TRAITEMENT ITL
3HP (Isoniazide et Rifapentine) TOD (2 à 65 ans)**

EMBOSSER ICI LA CARTE DU CSI OU CSTU,
SI NON DISPONIBLE, INSCRIRE LES NOM, PRÉNOM,
DATE DE NAISSANCE ET NUMÉRO DOSSIER

EMBOSS HERE THE CARD OF IHC OR UTHC,
IF NOT AVAILABLE, WRITE THE NAME, SURNAME,
DATE OF BIRTH AND FILE NUMBER

Présence de signes/symptômes ^{1,2} Inscrire N pour Non ou O pour Oui Si présence, aviser le médecin		1	2	3	4	5	6	7	8	9	10	11	12
		aa/mm/jj	aa/mm/jj	aa/mm/jj	aa/mm/jj	aa/mm/jj	aa/mm/jj	aa/mm/jj	aa/mm/jj	aa/mm/jj	aa/mm/jj	aa/mm/jj	aa/mm/jj
Sx TB active⁵	Toux inhabituelle, sillements (enfants)												
	Fièvre												
	Sueurs nocturnes persistantes												
	Hémoptysie												
	Perte de poids ou retard pondéral (enfant)												
	Inscrire le poids aux 4 semaines ⁶ (kg)	kg				kg				kg			
Autres	Risque de grossesse ⁷												
Référé au médecin													
Initiales de l'infirmière		Initiales	Initiales	Initiales	Initiales	Initiales	Initiales	Initiales	Initiales	Initiales	Initiales	Initiales	Initiales

Notes infirmières :

Signature et # permis	Initiales	Signature et # permis	Initiales	Signature et # permis	Initiales

⁵ L'apparition ou la persistance de symptômes de TB active peut évoquer un échec du traitement.

⁶ Si changement de poids, faire ajuster la médication.

⁷ Si risque de grossesse en cours de traitement (relations sexuelles non protégées, retard menstruel, symptômes de grossesse, etc.) faire β -hCG urinaire et aviser médecin.