



Centre de Santé et Services Sociaux Inuulitsivik
 Inuulitsivik Health & Social Services Centre
 Puvirnituq, Québec J0M 1P0
 T 819 988-2957 / F 819 988-2796
 ᐅᓃᓃᓃ ᐅᓃᓃᓃ ᐅᓃᓃᓃ ᐅᓃᓃᓃ
 UNGAVA TULATTAVIK HEALTH CENTER
 CENTRE DE SANTÉ TULATTAVIK DE L'UNGAVA

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

Programme de Tuberculose
Prescription médicale
TRAITEMENT INFECTION TUBERCULEUSE
LATENTE – 3HP (Rifapentine et Isoniazide) TOD
 Allergies : Nil ou Préciser : _____
 Attention : La grossesse et l'allaitement sont une contre-indication



ADULTE OU ENFANT (2 à 65 ans)

Date de prescription : ____ / ____ / ____
 AAAA-MM-JJ

Poids: ____ kg

3HP – Rifapentine (RPT) et Isoniazide (INH)
1 dose/semaine PO administrée sous TOD x 12 semaines (maximum en 16 semaines)

Rifapentine (RPT) – Enfant et adulte (2 à 65 ans)
 (max.: 900 mg), soit :

- 10-14.0 kg: 300 mg
- 14.1-25.0 kg: 450 mg
- 25.1-32.0 kg: 600 mg
- 32.1-49.9 kg: 750 mg
- ≥50.0 kg: 900 mg

Isoniazide (INH) (max.: 900 mg), soit:
 (Arrondir à la dose de 50 mg supérieure au besoin)

- Enfant de 2 à 11 ans : 25 mg/kg
- Adolescent et adulte de 12 à 65 ans : 15 mg/kg

Pyridoxine (vit. B6) - Enfant et adulte (2 à 65 ans) :

- 2 mg/kg (max.: 50 mg)

À COMPLÉTER PAR LA PHARMACIE :

RPT : ____ mg PO 1x/semaine x 12 doses

INH : ____ mg PO 1x/semaine x 12 doses

Vit. B6 : ____ mg PO 1x/semaine x 12 doses

Signature du médecin : _____

Lettres moulées : _____

Licence # : _____

*J'atteste que cette prescription, transmise par télécopieur ou courriel, sera considérée comme étant valide et l'unique originale.
 La pharmacie mentionnée plus bas en est la seule destinataire. La prescription ne sera pas réutilisée ou dupliquée.*

Cocher le nom du village d'origine et la pharmacie concernée :

Centre de santé Inuulitsivik		Centre de santé Tulattavik de l'Ungava	
<input type="checkbox"/> Salluit 819 255-9090	<input type="checkbox"/> PHARMACIE VOYER, MONTRÉAL Tél. : 1 877 426-0406 Télécopieur : 1 877 426-0546 pharmacie.voyer.csi@ssss.gouv.qc.ca	<input type="checkbox"/> Kangiqsualujuaq 819 337-9090	<input type="checkbox"/> PHARMACIE TULATTAVIK, KUUJJUAQ Tél. : 819 964-2905 # 201/277 Fax : 819 964-0035 pharmacy.kuujuuaq@ssss.gouv.qc.ca
<input type="checkbox"/> Ivujivik 819 922-9090		<input type="checkbox"/> Kuujuaq 819 964-2905	
<input type="checkbox"/> Akullivik 819 496-9090		<input type="checkbox"/> Aupaluk 819 491-9090	
<input type="checkbox"/> Inukjuak 819 254-9090		<input type="checkbox"/> Kangirsuk 819 935-9090	
<input type="checkbox"/> Umiujaq 819 331-9090		<input type="checkbox"/> Quaqaq 819 492-9090	
<input type="checkbox"/> Kuujuarapik 819 929-9090		<input type="checkbox"/> Kangiqsujuaq 819 338-9090	
<input type="checkbox"/> Puvirnituq 819 988-9090	<input type="checkbox"/> PHARMACIE INUULITSIVIK, PUVIRNITUQ Tél. : 819 988-2957 #263 Fax : 819 988-2551 pharmacie.pov@ssss.gouv.qc.ca	<input type="checkbox"/> Tasiujaq 819 633-9090	