



Centre de Santé et Services Sociaux Inuulitsivik  
**Inuulitsivik Health & Social Services Centre**  
 Puvirnituq, Québec J0M 1P0  
 T 819 988-2957 / F 819 988-2796  
 ᐅᓄᓐᓂᓐ ᐅᓂᓐᓂᓐ ᐅᓂᓐᓂᓐ  
**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**

**PROPHYLAXIE TUBERCULOSE  
 PÉRIODE FENÊTRE - ENFANT < 5 ans  
 RIFAMPICINE ou Post TCT POST PÉRIODE  
 FENÊTRE positif**

Allergies :  Nil ou Préciser : \_\_\_\_\_  
 \_\_\_\_\_  
 \_\_\_\_\_



**ENFANT moins de 5 ans**

Date de prescription : \_\_\_\_/\_\_\_\_/\_\_\_\_  
 AAAA-MM-JJ

Poids: \_\_\_\_ kg

**Rifampicine DIE auto administré - période fenêtre ou jusqu'à concurrence de 120 doses/4 mois**

**PÉRIODE FENÊTRE \***

**À COMPLÉTER PAR LA PHARMACIE :**

\_\_\_\_\_ mg PO DIE

Rifampicine 15mg/kg (10 à 20 mg/kg) (max. : 600 mg), soit :

\* Doses die auto-administrées sur 8 semaines ou couvrant la période allant jusqu'au TCT POST PÉRIODE FENÊTRE. D/C prophylaxie Rifampicine si TCT POST PÉRIODE FENÊTRE est négatif.

**OU**

**PÉRIODE POST TCT POSITIF POST PÉRIODE FENÊTRE \*\***

**À COMPLÉTER PAR LA PHARMACIE :**

\_\_\_\_\_ mg PO DIE

Rifampicine 15mg/kg (10 à 20 mg/kg) (max. : 600 mg), soit :

\*\* Après exclusion de TB active, traitement complet, incluant la période fenêtre : 120 doses die auto-administrées sur 4 mois (17 semaines).

Signature du médecin : \_\_\_\_\_

Lettres moulées : \_\_\_\_\_

Licence # : \_\_\_\_\_

<p><i>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.</i></p>			
<p>Cocher le nom du village d'origine et la pharmacie concernée :</p>			
<p><b>Centre de santé Inuulitsivik</b></p>		<p><b>Centre de santé Tulattavik de l'Ungava</b></p>	
<input type="checkbox"/> Salluit 819 255-9090 <input type="checkbox"/> Ivujivik 819 922-9090 <input type="checkbox"/> Akulivik 819 496-9090 <input type="checkbox"/> Inukjuak 819 254-9090 <input type="checkbox"/> Umiujaq 819 331-9090 <input type="checkbox"/> Kuujuarapik 819 929-9090	<input type="checkbox"/> <b>PHARMACIE VOYER, MONTRÉAL</b> Tél. : 1 877 426-0406 Télécopieur : 1 877 426-0546 <a href="mailto:pharmacie.voyer.csi@ssss.gouv.qc.ca">pharmacie.voyer.csi@ssss.gouv.qc.ca</a>	<input type="checkbox"/> Kangiqsualujuaq 819 337-9090 <input type="checkbox"/> Kuujuaq 819 964-2905 <input type="checkbox"/> Aupaluk 819 491-9090 <input type="checkbox"/> Kangirsuk 819 935-9090 <input type="checkbox"/> Quaqtac 819 492-9090 <input type="checkbox"/> Kangiqsujuaq 819 338-9090 <input type="checkbox"/> Tasiujaq 819 633-9090	<input type="checkbox"/> <b>PHARMACIE TULATTAVIK, KUUJUAQ</b> Tél. : 819 964-2905 # 201/277 Fax : 819 964-0035 <a href="mailto:pharmacy.kuujuaq@ssss.gouv.qc.ca">pharmacy.kuujuaq@ssss.gouv.qc.ca</a>
<input type="checkbox"/> Puvirnituq 819 988-9090	<input type="checkbox"/> <b>PHARMACIE INUULITSIVIK, PUVIRNITUQ</b> Tél. : 819 988-2957 #263 Fax : 819 988-2551 <a href="mailto:pharmacie.pov@ssss.gouv.qc.ca">pharmacie.pov@ssss.gouv.qc.ca</a>		