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

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

TUBERCULOSE

SUIVI CLINICO-RADIOLOGIQUE ADDITIONNEL

ÉVALUATION CLINIQUE
ET CONDUITE MÉDICALE

NOTE : Utiliser cet outil pour les suivis clinico-radiologiques additionnels demandés par le médecin en cours de SCR standard.

ÉVALUATION CLINIQUE[1]	**Date prévue[2]**	aa/mm/jj	aa/mm/jj	aa/mm/jj	aa/mm/jj	aa/mm/jj	aa/mm/jj	aa/mm/jj
	Date réelle	aa/mm/jj	aa/mm/jj	aa/mm/jj	aa/mm/jj	aa/mm/jj	aa/mm/jj	aa/mm/jj
	Toux inhabituelle ≥ 3 sem.							
	Hémoptysie							
	Sueurs nocturnes							
	Fièvre persistante							
	Poids	kg	kg	kg	kg	kg	kg	kg
	Rappel sur l'auto-vigilance[3]							
	Signature de l'infirmière							
CONDUITE MÉDICALE	**Date de la RXP**	aa/mm/jj	aa/mm/jj	aa/mm/jj	aa/mm/jj	aa/mm/jj	aa/mm/jj	aa/mm/jj
	RXP normale Continuer SCR idem	☐	☐	☐	☐	☐	☐	☐
	RXP anormale Continuer SCR idem	☐	☐	☐	☐	☐	☐	☐
	RXP anormale Se référer à note médicale	☐	☐	☐	☐	☐	☐	☐
	Signature du médecin							

[1] À compléter par l'infirmière avant la RXP. Indiquer si oui ou non le symptôme est présent. Informer le médecin si présence de symptômes de TB active et l'indiquer sur la requête de radiologie dans la section « Commentaires ».
[2] Selon note médicale.
[3] Encourager la consultation précoce advenant le développement de symptômes suggestifs de TB active.