



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

ᐅᓄᓄᓄ ᐅᓄᓄᓄ ᐅᓄᓄᓄ ᐅᓄᓄᓄ
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 ACTIVE
ADULTE ET PÉDIATRIQUE
PROTOCOLE DE SUIVI - ORDONNANCE
MÉDICALE STANDARD

Temps	Suivi	Interventions et Investigations	Date et signature
Hospitalisation Ou Isolement à domicile 1^{er} jour de tx / Date du début du Tx / / AA/ MM/ JJ	MD	<input type="checkbox"/> <u>Vérifier si :</u> 1. TB active antérieure : <input type="checkbox"/> Oui <input type="checkbox"/> Non 2. Hépatite secondaire à antituberculeux antérieure : <input type="checkbox"/> Oui <input type="checkbox"/> Non <input type="checkbox"/> SI OUI , (1 et/ou 2) consulter médecins répondants en pneumologie ⁴ <input type="checkbox"/> SI NON , (1 et 2) débuter trithérapie ou quadrithérapie (<i>TB-ACT_PRESC-MED-ADULTE-PHASE-1</i> et 2 ou <i>TB-ACT_PRESC-MED-ENFANT-PHASE-1</i> et 2) <input type="checkbox"/> Prescrire RXP fin du 2e mois et 5e mois de traitement <input type="checkbox"/> Vérifier avec pharmacien si interactions médicamenteuses (ex. : Dilantin) <input type="checkbox"/> Counseling contraception si contraceptifs oraux → Privilégier Dépo-Provera, Mirena ou condom	Signature AA/ MM/ JJ
	Inf.	<input type="checkbox"/> S'assurer de la conformité et du respect des mesures de PCI incluant les mesures d'isolement <input type="checkbox"/> Vérifier si BK X 3 sous induction complétés avant début de traitement <input type="checkbox"/> Cas à <u>frottis positif</u> , faire BK x 3 Q semaine ad négatif x 3 consécutifs (peuvent être faits la même semaine après le premier négatif) <input type="checkbox"/> Enseignement à la clientèle (maladie, plan de traitement, effets secondaires et suivis requis). Se référer au document <i>Parlons de la tuberculose – Ressource éducative – Par Santé Canada</i> <input type="checkbox"/> Faire signer le <i>Contrat d'engagement relatif au traitement obligatoire (TB-ACT_CONTRAT-ENGAGEMENT)</i> <input type="checkbox"/> Compléter l' <i>Annexe 4</i> (questionnaire d'enquête épidémiologique) <input type="checkbox"/> Débuter l' <i>Identification des contacts d'un cas de TB active (TB-ACT_Procedure-IDENT-CONTACTS</i> et <i>TB ACT- IDENT-CONTACTS)</i>	Signature AA/ MM/ JJ
Si hospitalisation	MD	<input type="checkbox"/> <u>Déterminer le congé d'hôpital avec la santé publique et/ou spécialiste selon les instructions suivantes :</u> <input type="checkbox"/> Si PCR GeneXpert positif ET frottis de départ positif(s) : 3 frottis prélevés <u>Q semaine</u> et congé après 14 jours de traitement une fois que 3 frottis consécutifs négatifs <input type="checkbox"/> Si PCR GeneXpert positif/négatif ET 3 frottis de départ négatifs : <input type="radio"/> Congé après 14 jours de traitement complété OU <input type="radio"/> Congé précoce, mais isolement à domicile jusqu'à concurrence d'un traitement die X 14 jours <u>dûment complété</u> (basé sur évaluation médicale, conditions environnantes appropriées et consultation avec la santé publique ⁵) <input type="checkbox"/> Faire suivre une copie du sommaire d'hospitalisation au MD et l'infirmière qui feront le suivi en externe.	Signature AA/ MM/ JJ

Signature du MD : _____ N° permis : _____ Date : ____/____/____
 AAAA / MM / JJ

⁴ Les coordonnées pour rejoindre les médecins répondants en pneumologie sont indiquées en page 1 de ce document.

⁵ Condition : Hospitalisation recommandée pour tous les cas de TB active à frottis positif et/ou avec lésion(s) cavitaire(s)
 (DSPu-TB_TB-ACT_PROT-SUIVI, V2023-09-26)



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

ᐅᓄᓄᓄ ᐅᓄᓄᓄ ᐅᓄᓄᓄ ᐅᓄᓄᓄ
 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 ACTIVE
ADULTE ET PÉDIATRIQUE
PROTOCOLE DE SUIVI - ORDONNANCE
MÉDICALE STANDARD

Temps	Suivi	Interventions et Investigations	Date et signature
Fin du 6^e mois de Tx ____/____/____ AA/ MM/ JJ	MD	<input type="checkbox"/> Révision du dossier : <input type="checkbox"/> Vérifier résultat RXP du 5 ^e mois et résultats des cultures de BK <input type="checkbox"/> Consulter spécialiste pour ajustement du régime thérapeutique si : - RXP cavitaire au départ - Cultures positives à 8 semaines ou plus de traitement - Tx non standard, incomplet ou erratique - Autre situation particulière : _____ Si fin de traitement : <input type="checkbox"/> Compléter et signer l' <i>Issue de traitement (TB-ACT_ISSUE-TX)</i> <input type="checkbox"/> Compléter et signer le <i>Guide de suivi clinico-radiologique en post fin de traitement (TB-ACT-ITL_GUIDE-SCR)</i> <input type="checkbox"/> Mettre à jour la liste des problèmes (antécédents) au dossier patient Enfant avec TB probable (non confirmée par laboratoire) : <input type="checkbox"/> Valider avec la santé publique si besoin de répéter TCT. Et si oui, à quel moment. <input type="checkbox"/> Discuter avec la santé publique et le spécialiste ⁴ si diagnostic de TB active maintenu ou révoqué.	_____ Signature AA/ MM/ JJ
	Inf.	<input type="checkbox"/> Suivi mensuel régulier : Si anormal, aviser le médecin a. Suivi de la médication et soutien au client (<i>TB-ACT_ENREG-MED-PHASE-2</i>) b. Évaluation clinique mensuelle (<i>TB-ACT_EVAL-CLIN-MENS</i>) c. Sur prescription médicale, bilan hépatique, Créat. si traitement prolongé (adulte, enfant) <input type="checkbox"/> Effectuer relevé du dossier suite à sa révision par MD <input type="checkbox"/> Planifier suivi clinico-radiologique (<i>TB-ACT-ITL_GUIDE-SCR</i> et <i>TB-ACT-ITL_SCR-STANDARD</i>) Si fin de traitement : <input type="checkbox"/> Transmettre à la DSPu : - L' <i>Issue de traitement (TB-ACT_ISSUE-TX)</i> signée par le médecin - L'enregistrement de la médication phase 1 et 2 (<i>TB-ACT_ENREG-MED-PHASE-1</i> et 2) - Les évaluation cliniques mensuelles (<i>TB-ACT_EVAL-CLIN-MENS</i>) - Le <i>Guide de suivi clinico-radiologique</i> complété par le MD (<i>TB-ACT-ITL_GUIDE-SCR</i>)	_____ Signature AA/ MM/ JJ

Signature du MD : _____ N° permis : _____ Date : ____/____/____
 AAAA / MM / JJ

