



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

Allergies : Nil ou Préciser : _____

Grossesse : _____ semaines Allaitement



ADULTE OU ENFANT

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

Poids: ____ kg

Isoniazide (INH) TOD 2x/semaine soit, 78 doses sur 9 mois*

- ENFANT (moins de 15 ans)
 Isoniazide 20-30 mg/kg (max. : 900 mg), soit :
 Pyridoxine (vit. B6) 2 mg/kg (max. : 50 mg), soit :
- ADULTE (15 ans et plus)
 Isoniazide 20-30 mg/kg (max. : 900 mg), soit :
 Pyridoxine (vit. B6) 2 mg/kg (max. : 50 mg), soit :

À COMPLÉTER PAR LA PHARMACIE :

_____ mg PO 2x/semaine X 78 doses
 _____ mg PO 2x/semaine X 78 doses
 _____ mg PO 2x/semaine X 78 doses
 _____ mg PO 2x/semaine X 78 doses

* 78 doses sur 9 mois à donner en thérapie sous observation directe (TOD) 2x/semaine.

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"/> Inukjuak 819 254-9090	<input type="checkbox"/> Kangiqsualujuaq 819 337-9090	<input type="checkbox"/> Kangirsuk 819 935-9090
<input type="checkbox"/> Ivujivik 819 922-9090	<input type="checkbox"/> Umiujaq 819 331-9090	<input type="checkbox"/> Kuujuaq 819 964-2905	<input type="checkbox"/> Quaqaq 819 492-9090
<input type="checkbox"/> Akulivik 819 496-9090	<input type="checkbox"/> Kuujuarapik 819 929-9090	<input type="checkbox"/> Aupaluk 819 491-9090	<input type="checkbox"/> Kangiqsujuaq 819 338-9090
<input type="checkbox"/> Puvirnituq 819 988-9090		<input type="checkbox"/> Tasiujaq 819 633-9090	

PHARMACIE INUULITSIVIK, PUVIRNITUQ
 Tél. : 819 988-2957 #263 /292
 Fax : 819 988-2551
 Courriel : pharmacie.pov@ssss.gouv.qc.ca

PHARMACIE VOYER, MONTRÉAL
 Tél. : 1 877 426-0406
 Télécopieur : 1 877 426-0546
 Courriel : fphx022@pharmaprix.ca

PHARMACIE TULATTAVIK, KUUJUAQ
 Tél. : 819 964-2905 # 201/277
 Fax : 819 964-0035
 Courriel : kuujuaq.pharmacy@ssss.gouv.qc.ca