



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

## CONTACT TUBERCULOSE ACTIVE 0 – < 5 ANS PROTOCOLE DE SUIVI – ORDONNANCE MÉDICALE STANDARD RIFAMPICINE (RIF) • PÉRIODE- FENÊTRE

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

**But :** Uniformiser la prise en charge des enfants de 0 à < 5 ans ayant été en contact avec un cas de tuberculose active et assurer le suivi selon la prescription médicale par les différents professionnels de la santé concernés durant la période-fenêtre lorsque le 1<sup>e</sup> TCT est < 5mm.

### Objectifs :

- S'assurer d'une prophylaxie optimale de l'ITL afin de prévenir l'apparition d'une tuberculose active.
- Offrir un suivi optimal et régulier aux patients en cours de traitement.
- Identifier rapidement les problèmes de compliance et offrir le soutien approprié.
- Détecter rapidement l'apparition de symptômes évocateurs d'une TB active et référer au médecin.
- Détecter précocement les événements indésirables et assurer leur prise en charge.

Cette ordonnance doit être initiée par un médecin au moment de la prescription d'antituberculeux.

### Note :

- Pour toute question, contacter le pneumologue pédiatrique à [mchtb@muhc.mcgill.ca](mailto:mchtb@muhc.mcgill.ca) **OU** contacter le pneumologue de garde au CUSM au **514 934-1934**.
- Aviser la Direction de Santé publique pour les nouveaux cas d'ITL.

**Note importante: Toute prescription médicale individuelle a préséance sur le suivi « Standard » décrit dans cette procédure.**

### Instruction d'utilisation du protocole

L'ordonnance suivante, une fois signée et datée par le médecin, sert de prescription médicale pour les bilans et les examens paracliniques nécessaires au suivi des patients. L'infirmière et le médecin doivent signer et cocher les cases qui se rapportent à leurs tâches au fur et à mesure que les actions auront été prises.

Les prescriptions de médicaments se feront cependant sur les feuilles de prescription spécifiques au traitement d'ITL.

Rédigé par : Dre Latoya Campbell du CSTU & Dre Élise Bélanger-Desjardins du CSI  
Dr Jean-François Proulx et l'équipe en maladies infectieuses, RRSSSN  
Dr Faiz Ahmad Khan & Dr David Zielinski, pneumologues & consultants TB,  
CUSM et Nunavik  
Révisé par : Dr Valérie Messier et Aurélie Heurtebize (RRSSSN) le 2021-02-24  
Approuvé par : Comité exécutif du CMDPSF du CSI le 2021-04-26  
Comité exécutif du CMDPSF du CSTU le 2021-04-14



**CONTACT TUBERCULOSE ACTIVE 0 – < 5 ANS**  
**PROTOCOLE DE SUIVI – ORDONNANCE MÉDICALE**  
**STANDARD RIFAMPICINE (RIF) • PÉRIODE-FENÊTRE**

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

Temps	Suivi	Interventions et Investigations	Date et Signature
Pré-traitement ____/____/____ AA/ MM/ JJ	MD	<p><b>Avant de prescrire RIF-période fenêtre :</b></p> <p><input type="checkbox"/> Éliminer diagnostic de TB active (RXP et examen clinique normaux)</p> <p><b>Vérifier si :</b></p> <p><input type="checkbox"/> TB active antérieure</p> <p><input type="checkbox"/> Souche du cas index est résistante à la Rifampicine</p> <p><input type="checkbox"/> Si oui, consulter <a href="mailto:mchtb@muhc.mcgill.ca">mchtb@muhc.mcgill.ca</a></p> <p><input type="checkbox"/> Si non, prescrire le traitement RIF-Période-fenêtre <i>ITL-PRESC-Rifampicine-Fenêtre</i></p> <p><input type="checkbox"/> Prescrire - Bilan hépatique, Créat., FSC</p> <p><input type="checkbox"/> Vérifier avec pharmacien si interactions médicamenteuses (Par ex.: Dilantin)</p>	_____ Signature AA/ MM/ JJ
1 <sup>er</sup> jour / date du début du Tx ____/____/____ AA/ MM/ JJ	Inf.	<p><input type="checkbox"/> Faire bilan hépatique, Créat., FSC tel que prescrit plus haut.</p> <p><input type="checkbox"/> Débuter Rifampicine (RIF) selon prescription médicale</p> <p><input type="checkbox"/> Informer le parent / tuteur (traitement, compliance, effets secondaires)</p> <p><input type="checkbox"/> Prévoir formulaires de suivi: Courbe de compliance <i>ITL-COURBE-RIF</i>          Enregistrement de la médication <i>ITL-ENREG-MÉD-RIF</i> Évaluation clinique mensuelle <i>TB ACT/ITL-EVAL MENS</i></p>	_____ Signature AA/ MM/ JJ
Fin du 1 <sup>er</sup> mois de Tx ____/____/____ AA/ MM/ JJ	Inf.	<p><input type="checkbox"/> <b>Suivi mensuel régulier:</b> Si anormal, aviser le médecin</p> <p><input type="checkbox"/> Suivi de la médication/ soutien au client: <i>ITL-COURBE-RIF</i> et <i>ITL-ENREG-MÉD-RIF</i></p> <p><input type="checkbox"/> Évaluation clinique mensuelle <i>TB ACT/ITL-EVAL MENS</i></p> <p><input type="checkbox"/> Sur prescription médicale, faire bilan hépatique, Créat. Enfant-PRN<sup>1</sup></p>	_____ Signature AA/ MM/ JJ
Fin du 2 <sup>e</sup> mois de Tx OU Fin de la période-fenêtre <sup>2</sup> ____/____/____ AA/ MM/ JJ	Inf.	<p><input type="checkbox"/> <b>Faire TCT<sup>2</sup> post-période fenêtre :</b> Voir section 4 de l'Évaluation clinique d'un contact avec un cas de TB active <i>TB/CONTACT-ÉVAL-CLIN</i> (Déjà existant dans le dossier de l'enfant)</p> <p><input type="checkbox"/> TCT &lt; 5 mm <b>et asymptomatique</b> = <b>aviser le MD</b> et cesser le traitement sur prescription médicale.</p> <p><input type="checkbox"/> TCT ≥ 5 mm ou conversion<sup>3</sup> ou <b>patient symptomatique</b> = <b>aviser le MD</b></p>	_____ Signature AA/ MM/ JJ
	MD	<p><b>Si TCT post-période fenêtre est ≥ 5 mm ou conversion<sup>3</sup> ou patient symptomatique :</b></p> <p><input type="checkbox"/> Évaluation médicale → Si anormale, consulter <a href="mailto:mchtb@muhc.mcgill.ca">mchtb@muhc.mcgill.ca</a></p> <p><b>Si aucun signe ou symptôme de TB active</b></p> <p><input type="checkbox"/> Prescrire le traitement ITL <i>ITL-PRESC-Rifampicine</i></p> <p><input type="checkbox"/> Signer le protocole ITL <i>ITL-PROT-SUIVI-RIF</i></p>	_____ Signature AA/ MM/ JJ

Signature du MD : \_\_\_\_\_ N° permis : \_\_\_\_\_ Date : aaaa / mm / jj

<sup>1</sup> Si symptomatique ou bilan de base anormal.

<sup>2</sup> La fin de la période-fenêtre correspond à 8 semaines post dernière exposition avec le cas index. Exception : Si l'enfant est âgé de < 6 mois, le traitement sera poursuivi jusqu'à ce qu'il soit âgé de 6 mois au moment où l'on effectuera le TCT # 2.

<sup>3</sup> Conversion correspond à ≥ 6 mm entre les 2 derniers TCT.