

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

## GUIDE DE SUIVI CLINICO-RADIOLOGIQUE

COCHER LA CATÉGORIE APPLICABLE		PLAN DE SUIVI: INSCRIRE DATE(S) PRÉVUE(S)							
ITL non ou inadéquatement traitée	Suivi clinico-radiologique	À planifier à partir de	6	12	18	24	36	48	60
<input type="checkbox"/> ITL acquise dans les 2 dernières années (récente)	q 6 mois X 2 ans, puis q 12 mois X 3 ans	Date du TCT significatif aaaa/mm/_jj_							
<input type="checkbox"/> ITL de date indéterminée ET résident d'un village prioritaire	q 12 mois X 5 ans	Date du TCT significatif aaaa/mm/_jj_	X		X				
<input type="checkbox"/> ITL de date indéterminée ET résident d'un village non prioritaire	À 12 mois	Date du TCT significatif aaaa/mm/_jj_	X		X	X	X	X	X
<input type="checkbox"/> ITL acquise entre 3-5 ans (ancienne)	q 12 mois ad 5 ans post tct significatif	Date de cessation/refus de tx aaaa/mm/_jj_	X		X	X	X	X	X
<input type="checkbox"/> ITL acquise il y a plus de 5 ans (ancienne)	Aucun suivi nécessaire		X	X	X	X	X	X	X
<b>ITL traitée</b>									
<input type="checkbox"/> Prophylaxie considérée acceptable	6 mois post fin de prophylaxie	Date de fin de prophylaxie aaaa/mm/_jj_		X	X	X	X	X	X
<input type="checkbox"/> Prophylaxie optimale	Aucun suivi nécessaire		X	X	X	X	X	X	X
<b>Réexposition à un cas de TB pulmonaire à frottis positifs</b> (Contacts à priorité élevé selon avis de la santé publique)									
<input type="checkbox"/> TB active ancienne OU ITL déjà connue <sup>1</sup>	q 6 mois X 2 ans, puis q 12 mois X 3 ans	Date de réexposition aaaa/mm/_jj_							
<b>Suivi post fin de traitement TB active</b>									
<input type="checkbox"/> TB active <u>confirmée</u> cavitaires OU à frottis positif	q 6 mois X 2 ans, puis q 12 mois X 3 ans	Date de fin de traitement aaaa/mm/_jj_							
<input type="checkbox"/> TB active non cavitaires ET à frottis négatifs (confirmée ou probable)	q 6 mois X 2 ans	Date de fin de traitement aaaa/mm/_jj_					X	X	X

Signature du médecin : \_\_\_\_\_ Numéro de permis: \_\_\_\_\_ Date : aaaa/mm/\_jj\_

Régime	Prophylaxie inadéquate	Prophylaxie considérée acceptable	Prophylaxie optimale
<b>Rifampicine</b>	<ul style="list-style-type: none"> <li>&lt; 90 doses ou &gt; 4.5 mois pour 90 doses ou &gt; 6 mois pour 120 doses</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>De 90 à 120 doses – Voir courbe de compliance (<a href="#">DRSP/TB ITL-COURBE-Rifampicine</a>)</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>120 doses prises sur 120 jours consécutifs</li> </ul>
<b>Isoniazide (INH)</b>	<ul style="list-style-type: none"> <li>&lt; 180 doses – auto administré (AA)</li> <li>&lt; 62 doses INH en TOD</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>Régime 6 mois = 180 doses AA sur 9 mois (270 jours)</li> <li>Régime 9 mois = 270 doses AA sur 13,5 mois (405 jours)</li> <li>INH TOD: ≥ 62 doses 2 fois semaine sur 9 mois (270 jours) max.</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>270 doses AA sur 9 mois</li> <li>78 doses INH en TOD 2 fois semaine</li> </ul>

<sup>1</sup> Pour une ITL déjà connue non ou inadéquatement traitée, proposer un traitement ITL. Si refus ou échec de ce dernier, débiter un SCR tel qu'indiqué.

<b>CODE de Boîte à outils TB</b>	<b>DRSP TB/TB ACT/ITL – GUIDE-CLIN-RADIOL</b>
<b>Titre</b>	Guide de suivi clinico-radiologique
<b>Modifié le</b>	2019-12-04

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 :** Identifier rapidement la survenue d'un nouveau cas de Tb active, ou une récurrence de Tb, chez les contacts d'un cas de tuberculose, par la planification d'un suivi clinique et radiologique en fonction de leur statut de traitement.

### OBJECTIFS :

- Assurer un suivi clinico-radiologique régulier en fonction du risque d'évolution vers une TB active des personnes avec ITL réexposées ou dont le traitement est sous-optimal.
- Assurer un suivi clinico-radiologique régulier post-traitement des cas de tuberculose active en fonction de leur risque de récurrence.

### RESPONSABILITÉS :

#### L'infirmière :

- s'assure de l'exactitude des informations colligées sur la *Courbe de compliance* Rifampicine ou INH avant de la remettre au médecin.
- planifie les suivis clinico-radiologiques en fonction des recommandations prescrites par le médecin en inscrivant les dates prévues sur la grille et en préparant les réquisitions de radiologie.

#### Le médecin :

- prescrit les recommandations concernant le suivi clinico-radiologique lorsque *Courbe de compliance* Rifampicine ou INH indique une prophylaxie sous-optimale.
- précise le suivi post-traitement des cas de TB pulmonaire.
- précise le suivi post exposition des contacts d'un cas de TB active à frottis positifs qui sont connus TB ou ITL ancienne qui ont été adéquatement traités.
- en tout temps il est responsable de la prise en charge médicale d'un contact dont le suivi clinico-radiologique en cours démontre des signes et symptômes évocateurs de TB active.

### IMPORTANT :

- Le risque de développer la TB active est accru dans les cinq années qui suivent l'exposition au *Mycobacterium tuberculosis*. Le calendrier de suivi clinico radiologique a été conçu selon ce risque.
- Si la personne ne se présente pas pour un suivi, replanifier la séquence des suivis selon la date la dernière évaluation clinico-radiologique.
- Ne pas répéter d'évaluation radiologique à l'intérieur d'une période de 3 mois à moins d'un avis médical contraire.
- Une évaluation bactériologique est recommandée si présence de signes ou symptômes de TB active (TB suspectée) lors d'un suivi clinico-radiologique.

### DÉFINITIONS :

<b>Contact de priorité élevée</b>	– Personnes à la fois les plus exposées et les plus vulnérables, soit : contacts étroits familiaux <b>ET</b> contacts étroits non familiaux ainsi que les contacts occasionnels qui ont un risque élevé de progresser vers la maladie active s'ils sont infectés (p. ex. les enfants < 5 ans et les personnes connues immunosupprimées)
<b>ITL ancienne</b>	– Antécédents d'ITL documentés au dossier médical depuis plus de 24 mois précédant la date du début du présent épisode
<b>ITL de date indéterminée</b>	– ITL documentée au dossier médical dans les 24 mois précédant la date du début du présent épisode ou au cours du présent épisode <b>SANS</b> TCT antérieur documenté <b>OU</b> avec documentation d'un TCT antérieur négatif <b>AU-DELÀ</b> des 24 mois précédents la date du TCT positif.
<b>ITL récente</b>	– ITL documentée au dossier médical dans les 24 mois précédant la date du début du présent épisode ou au cours du présent épisode <b>AVEC</b> un TCT non significatif à l'intérieur des 24 mois <b>PRECEDANT</b> la date du TCT significatif
<b>Suivi clinico-radiologique</b>	– Évaluation clinique et radiologique (de même que bactériologique si la clinique et/ou la radiographie évoque(nt) la possibilité d'une tuberculose active). – Réalisé au moment du suivi selon la catégorie de risque de progression à une TB active ou récurrence. (N.B : sauter le suivi #1 si < 3 mois depuis l'évaluation post cessation).
<b>TCT significatif</b>	– TCT ≥ 5 mm dans les <u>villages prioritaires</u> (selon la DRSP) ou chez un contact d'un cas de TB active contagieuse; – Passage d'un TCT < 5 mm à ≥ 5 mm avec écart de 6 mm ou plus entre les 2 tests – TCT ≥ 10 mm dans les villages non-prioritaires (selon la DRSP) et sans contact connu avec un cas de TB active. – L'interprétation du TCT, dans certaines circonstances, devra tenir compte d'une vaccination antérieure avec le BCG.
<b>Village prioritaire</b>	- Vous référer à la Direction régionale de santé publique (DRSP) du Nunavik pour plus d'information.