

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

## ENREGISTREMENT DE LA MÉDICATION – TB ACTIVE

### PHASE DE CONTINUATION (PHASE 2) = Durée de 4 à 10 mois

Date du début de la phase 2 <sup>1</sup> : aaaa / mm / jj Date de la fin de la phase 2 <sup>2</sup> : aaaa / mm / jj

### Traitement sous observation directe (TOD) 3x/semaine : lundi, mercredi et vendredi

<b>Cocher la durée du traitement prescrit / nombre de doses à donner</b> <input type="checkbox"/> 4 mois = 51 doses <input type="checkbox"/> 7 mois = 90 doses <input type="checkbox"/> 10 mois = 120 doses	► Aviser le médecin traitant et l’infirmière conseil de la DRSP si 3 doses consécutives sont manquées ou si la compliance est erratique.
--	--

<b>Inscrire le mois et l’année :</b>																														
<b>Inscrire les dates du calendrier →</b>																														
<b>Jours semaine →</b>	L	M	M	J	V	S	D	L	M	M	J	V	S	D	L	M	M	J	V	S	D	L	M	M	J	V	S	D	L	M
Isoniazide (INH) _____mg po L-M-V (3 x sem) TOD																														
Rifampicine (RIF) _____mg po L-M-V (3 x sem) TOD																														
Vitamine B6 _____mg po L-M-V (3 x sem) TOD																														
Autre, préciser :																														
Autre, préciser :																														
<b>Nbre de doses<sup>3</sup> (cumulatif)</b>																														

**Commentaires :** \_\_\_\_\_

<sup>1</sup> La phase de continuation débute après la prise des 60 doses prescrites à la phase initiale.  
<sup>2</sup> La phase de continuation se termine à la date de la prise de la dernière dose du nombre total de doses prescrites.  
<sup>3</sup> Ne pas poursuivre le décompte des doses de la phase 1. Débuter un nouveau décompte des doses pour atteindre le nombre total de doses prescrites à la fin du traitement.  
 ► Inscrire vos **initiales** dans chacune des cases où les médicaments sont administrés en **TOD**.  
 ► Inscrire **AA** dans les cases où les médicaments sont **auto-administrés** lors de situations particulières;  
 ► Inscrire  dans les cases où la dose prévue n’a pas été prise. **NOTE:** les doses omises doivent être reprises avant le début de la phase 2.

Signature et # permis	Initiales	Signature et # permis	Initiales	Signature et # permis	Initiales