

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

**IDENTIFICATION DES CONTACTS  
D'UN CAS DE TB ACTIVE**

RENSEIGNEMENTS CLINIQUES		
Date de début de la toux : _____/_____/_____ AAAA/MM/JJ	Date du diagnostic : _____/_____/_____ AAAA/MM/JJ	Date du début du traitement : _____/_____/_____ AAAA/MM/JJ
GeneXpert-PCR : <input type="checkbox"/> Positif <input type="checkbox"/> Négatif	Frottis : <input type="checkbox"/> Positif → (1+) (2+) (3+) (4+) <input type="checkbox"/> Douteux <input type="checkbox"/> Négatif	Culture : <input type="checkbox"/> Positif <input type="checkbox"/> Négatif
Radiographie pulmonaire : <input type="checkbox"/> Normale	<input type="checkbox"/> Anormale, sans évidence de TB active <input type="checkbox"/> Anormale, compatible avec TB active <input type="checkbox"/> Anormale, lésions cavitaires TB active probable	
Consommateur de cannabis ou autre drogue inhalée : <input type="checkbox"/> OUI <input type="checkbox"/> NON		
Période de contagiosité : Date de début <sup>1</sup> : _____/_____/_____ Date de fin <sup>2</sup> : _____/_____/_____ AAAA/MM/JJ AAAA/MM/JJ		
<b>NOTE :</b> Se référer à la période de contagiosité comprise entre ces dates pour effectuer la recherche de contacts		
<sup>1</sup> Date déterminée et transmise par la Direction de santé publique (basée sur la date du début des symptômes ET selon les résultats de laboratoire (notamment les frottis d'expectorations) et de radiographies pulmonaires (cavitaire ou non) du cas. <sup>2</sup> Date du 1 <sup>er</sup> frottis négatif d'une série de 3 négatifs (si frottis positif au départ), sinon date de la 14 <sup>e</sup> journée de traitement		
Signature de l'infirmière qui effectue l'entrevue : _____		Date : _____/_____/_____ AAAA/MM/JJ

**IDENTIFICATION DES CONTACTS  
D'UN CAS DE TB ACTIVE**

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

**ACTIVITÉS DE VIE QUOTIDIENNES**

Avant de procéder à l'identification des contacts, il est suggéré de mieux connaître quelles sont les activités de vie quotidiennes de l'usager. Dans le tableau qui suit, inscrire l'horaire usuel de l'usager (ex : les périodes de temps où il est à la maison, à l'école, au travail, dans un autre lieu)

Période de la journée	Semaine (lundi au vendredi)	Fin de semaine (samedi - dimanche)
Avant-midi		
Après-midi		
Soir		
Nuit		



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



ᐅᕐᕐᕐᕐ ᐅᕐᕐᕐᕐ ᕐᕐᕐᕐᕐᕐᕐᕐ  
UNGAVA TULATTAVIK HEALTH CENTER  
CENTRE DE SANTÉ TULATTAVIK DE L'UNGAVA

## IDENTIFICATION DES CONTACTS D'UN CAS DE TB ACTIVE

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

### MAISONNÉE : RÉSIDENTS

*S'il manque d'espace, faire une copie de la présente feuille*

Résidence principale : # \_\_\_\_\_

Liste des résidents permanents de la maison durant la période de contagiosité :

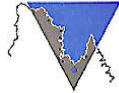
Nom	No dossier	Date de naissance	Âge	Sexe (m / f)	Lien avec l'utilisateur <sup>1</sup>	Chambre <sup>2</sup> (O / N)	Cannabis <sup>3</sup> (O / N)	Symptômes <sup>4</sup> (O / N)
1.								
2.								
3.								
4.								
5.								
6.								
7.								
8.								
9.								
10.								
11.								

#### Légende :

- Exemples de lien : père, mère, frère, sœur, oncle, tante, cousin(e), ami, grands-parents, etc.
- Est-ce que l'occupant dort dans la même chambre que l'utilisateur?
- Y a-t-il eu partage de cannabis ou autre drogue inhalée avec l'utilisateur?
- Symptômes compatibles avec TB active observés chez le contact, ex. : toux persistante, perte de poids notable, fatigue, etc.?



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



ᐃᓄᓐ ᐃᓄᓐ ᐃᓄᓐ ᐃᓄᓐ  
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

**IDENTIFICATION DES CONTACTS  
D'UN CAS DE TB ACTIVE**

**MAISONNÉE : VISITEURS**

Liste des personnes qui ont visité la maisonnée durant la période de contagiosité :

Nom	No dossier	Date de naissance	Âge	Sexe (m / f)	Lien avec l'usager <sup>1</sup>	Fréquence et durée <sup>2</sup>	Dormi <sup>3</sup> (O / N)	Cannabis <sup>4</sup> (O / N)	Symptômes <sup>5</sup> (O / N)
12.									
13.									
14.									
15.									
16.									
17.									
18.									
19.									
20.									
21.									

Légende :

- Exemples de lien : père, mère, frère, sœur, cousin, ami, tante, beau-frère, ami des enfants ou des parents, etc.
- Important de bien remplir cette section !** Inscrire le nombre de visites par semaine et le nombre d'heures habituel de ces visites.
- Est-il arrivé que le visiteur dorme dans la même chambre que celle de l'usager ? Si oui, indiquer la fréquence.
- Y a-t-il eu partage de cannabis ou autre drogue inhalée avec l'usager?
- Symptômes compatibles avec TB active observés chez le contact, ex. : toux persistante, perte de poids notable, fatigue, etc.?



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



ᐃᓄᓐ ᐃᓄᓐ ᐃᓄᓐ ᐃᓄᓐ  
UNGAVA TULATTAVIK HEALTH CENTER  
CENTRE DE SANTÉ TULATTAVIK DE L'UNGAVA

## IDENTIFICATION DES CONTACTS D'UN CAS DE TB ACTIVE

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

### MAISONNÉE : VISITEURS (SUITE)

*S'il manque d'espace, faire une copie de la présente feuille*

Liste des personnes qui ont visité la maisonnée lors de la période de contagiosité :

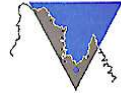
Nom	No dossier	Date de naissance	Âge	Sexe (m / f)	Lien avec l'usager <sup>1</sup>	Fréquence et durée <sup>2</sup>	Dormi <sup>3</sup> (O / N)	Cannabis <sup>4</sup> (O / N)	Symptômes <sup>5</sup> (O / N)
22.									
23.									
24.									
25.									
26.									
27.									
28.									
29.									
30.									
31.									
32.									

Légende :

- Exemples de lien : père, mère, frère, sœur, cousin, ami, ami des enfants ou des parents, etc.
- Important de bien remplir cette section!** Inscrire le nombre de visites par semaine et le nombre d'heures habituel de ces visites
- Est-il arrivé que le visiteur dorme dans la même chambre que celle de l'usager? Si oui, indiquer la fréquence.
- Y a-t-il eu partage de cannabis ou autre drogue inhalée avec l'usager ?
- Symptômes compatibles avec TB active observés chez le contact: ex. : toux persistante, perte de poids notable, fatigue, etc.?



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



ᐃᓄᓐ ᐃᓄᓐ ᐃᓄᓐ ᐃᓄᓐ  
UNGAVA TULATTAVIK HEALTH CENTER  
CENTRE DE SANTÉ TULATTAVIK DE L'UNGAVA

## IDENTIFICATION DES CONTACTS D'UN CAS DE TB ACTIVE

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

### MAISONNÉES VISITÉES

Durant la période de contagiosité, est-il arrivé que l'usager ait visité d'autres maisonnées ?  Oui  Non

Liste des maisons visitées et des personnes présentes lors des visites de l'usager durant la période de contagiosité :

No de maison	Nom	No dossier	Date de naissance	Âge	Sexe (m / f)	Lien avec l'usager <sup>1</sup>	Fréquence et durée <sup>2</sup>	Dormi <sup>3</sup> (O / N)	Cannabis <sup>4</sup> (O / N)	Symptômes <sup>5</sup> (O / N)
33.										
34.										
35.										
36.										
37.										
38.										
39.										
40.										
41.										
42.										

Légende :

- Exemples de lien : père, mère, frère, sœur, cousin, tante, ami, enfants, ami des enfants ou des personnes présentes, etc.
- Important de bien remplir cette section !** Inscrire le nombre de visites par semaine et le nombre d'heures habituel de ces visites
- Est-il arrivé que l'usager dorme dans la même chambre que celle du contact ? Si oui, à quelle fréquence ?
- Y a-t-il eu partage de cannabis ou autre drogue inhalée avec l'usager?
- Symptômes compatibles avec TB active observés chez le contact: ex. : toux persistante, perte de poids notable, fatigue, etc.?



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



ᐅᖃᖃᖃ ᐅᐅᐅᐅᐅ ᖃᖃᖃᖃᖃᖃᖃᖃᖃ  
 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

**IDENTIFICATION DES CONTACTS  
 D'UN CAS DE TB ACTIVE**

**MAISONNÉES VISITÉES (SUITE)**

*S'il manque d'espace, faire une copie de la présente feuille*

Durant la période de contagiosité, est-il arrivé que l'utilisateur ait visité d'autres maisonnées ?  Oui  Non

Liste des maisons visitées et des personnes présentes lors des visites de l'utilisateur durant la période de contagiosité :

No de maison	Nom	No dossier	Date de naissance	Âge	Sexe (m / f)	Lien avec l'utilisateur <sup>1</sup>	Fréquence et durée <sup>2</sup>	Dormi <sup>3</sup> (O / N)	Cannabis <sup>4</sup> (O / N)	Symptômes <sup>5</sup> (O / N)
43.										
44.										
45.										
46.										
47.										
48.										
49.										
50.										
51.										
52.										

Légende :

- Exemples de lien : père, mère, frère, sœur, cousin, tante, ami, enfants, ami des enfants ou des personnes présentes, etc.
- Important de bien remplir cette section !** Incrire le nombre de visites par semaine et le nombre d'heures habituel de ces visites
- Est-il arrivé que l'utilisateur dorme dans la même chambre que celle du contact ? Si oui, à quelle fréquence ?
- Y a-t-il eu partage de cannabis ou autre drogue inhalée avec l'utilisateur ?
- Symptômes compatibles avec TB active observés chez le contact: ex. : toux persistante, perte de poids notable, fatigue, etc. ?



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



ᐅᐃᐃᐃ ᐅᐃᐃᐃ ᐃᐃᐃᐃᐃᐃᐃ  
**UNGAVA TULATTAVIK HEALTH CENTER**  
 CENTRE DE SANTÉ TULATTAVIK DE L'UNGAVA

## IDENTIFICATION DES CONTACTS D'UN CAS DE TB ACTIVE

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

### GARDERIE

Non-applicable. *NOTE : Si applicable, faire copie de la présente feuille pour plus d'espace au besoin.*

- Enfant → groupe : \_\_\_\_\_
- Travailleur avec contact avec les enfants → fonction : \_\_\_\_\_
- Travailleur sans contact avec les enfants → fonction : \_\_\_\_\_

Nom et coordonnées de la garderie : \_\_\_\_\_ Date de la dernière présence : \_\_\_\_/\_\_\_\_/\_\_\_\_ (AAAA/MM/JJ)

Liste des personnes en contact avec l'utilisateur pendant la période de contagiosité :

Nom	No dossier	Date de naissance	Âge	Sexe (m / f)	Lien avec l'utilisateur <sup>1</sup>	Fréquence et durée <sup>2</sup>	Symptômes <sup>3</sup> (O / N)
53.							
54.							
55.							
56.							
57.							
58.							
59.							
60.							
61.							

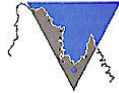
Légende :

1. Exemples de lien: éducateur, enfant du même groupe, etc.
2. **Important de bien remplir cette section!** Inscrire le nombre de présences par semaine et le nombre habituel d'heures de ces présences
3. Symptômes compatibles avec TB active observés chez le contact, ex. : toux persistante, perte de poids notable, fatigue, etc.?





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



ᐅᖃᖃᖃ ᐅᐅᐅᐅ ᖃᖃᖃᖃᖃᖃᖃᖃ  
 UNGAVA TULATTAVIK HEALTH CENTER  
 CENTRE DE SANTÉ TULATTAVIK DE L'UNGAVA

**IDENTIFICATION DES CONTACTS  
 D'UN CAS DE TB ACTIVE**

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

**ÉCOLE**

Non-applicable. *NOTE : Si applicable, faire copie de la présente feuille pour plus d'espace au besoin.*

- Enfant → groupe : \_\_\_\_\_
- Travailleur avec contact avec les enfants → fonction : \_\_\_\_\_
- Travailleur sans contact avec les enfants → fonction : \_\_\_\_\_

Nom et coordonnées de l'école : \_\_\_\_\_ Date de la dernière présence : \_\_\_\_/\_\_\_\_/\_\_\_\_ (AAAA/MM/JJ)

Liste des personnes avec qui l'utilisateur a passé le plus de temps à l'école pendant la période de contagiosité :

Nom	No dossier	Date de naissance	Âge	Sexe (m / f)	Lien avec l'utilisateur <sup>1</sup>	Fréquence et durée <sup>2</sup>	Cannabis <sup>3</sup> (O / N)	Symptômes <sup>4</sup> (O / N)
62.								
63.								
64.								
65.								
66.								
67.								
68.								
69.								
70.								

Légende :

1. Exemples de lien: ami, travail d'équipe, professeur, éducateur, etc.
2. **Important de bien remplir cette section!** Incrire le nombre de présences par semaine et le nombre habituel d'heures de ces présences
3. Y a-t-il eu partage de cannabis ou autre drogue inhalée avec l'utilisateur?
4. Symptômes compatibles avec TB active observés chez le contact, ex. : toux persistante, perte de poids notable, fatigue, etc.?



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



ᐅᕐᕐᕐᕐ ᐅᕐᕐᕐᕐ ᕐᕐᕐᕐᕐᕐᕐᕐ  
 UNGAVA TULATTAVIK HEALTH CENTER  
 CENTRE DE SANTÉ TULATTAVIK DE L'UNGAVA

## IDENTIFICATION DES CONTACTS D'UN CAS DE TB ACTIVE

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

### TRAVAIL

Non-applicable. *NOTE : Si applicable, faire copie de la présente feuille pour plus d'espace au besoin.*

Employeur : \_\_\_\_\_ Fonction : \_\_\_\_\_

Date de la dernière présence : \_\_\_\_ / \_\_\_\_ / \_\_\_\_ (AAAA/MM/JJ)

Caractérisation de son environnement de travail (ex. : bureau fermé, salle aérée, extérieur, camion, etc.).

Spécifier : \_\_\_\_\_

Liste des personnes avec qui l'utilisateur est en contact au travail :

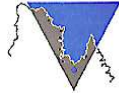
Nom	No Dossier	Date de naissance	Âge	Sexe (m / f)	Lien avec l'utilisateur <sup>1</sup>	Fréquence et durée <sup>2</sup>	Symptômes <sup>3</sup> (O / N)
71.							
72.							
73.							
74.							
75.							
76.							
77.							

Légende :

- Exemples de lien: directeur, collègue, etc.
- Important de bien remplir cette section!** Inscrire le nombre de présence par semaine et le nombre habituel d'heures de ces présences
- Symptômes compatibles avec TB active observés chez le contact, ex. : toux persistante, perte de poids notable, fatigue, etc.?



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



ᐃᓴᓴᓯ ᐃᓕᓕᐱᓐ ᓴᓄᐃᓴᓯᓯᐱᓂᓐᓴᓯᓕ  
UNGAVA TULATTAVIK HEALTH CENTER  
CENTRE DE SANTÉ TULATTAVIK DE L'UNGAVA

**IDENTIFICATION DES CONTACTS  
D'UN CAS DE TB ACTIVE**

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

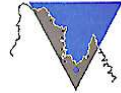
**VOYAGE**

Non-applicable

Date de départ AAAA/MM/JJ	Date de retour AAAA/MM/JJ	Destination	Lieu d'hébergement (Hôtel / Résidence privée)	Coordonnées des personnes visitées



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



ᐅᐅᐅᐅ ᐅᐅᐅᐅ ᐅᐅᐅᐅ  
 UNGAVA TULATTAVIK HEALTH CENTER  
 CENTRE DE SANTÉ TULATTAVIK DE L'UNGAVA

**IDENTIFICATION DES CONTACTS  
 D'UN CAS DE TB ACTIVE**

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

**AUTRES LIEUX**

Inscrire le lieu fréquenté et le nom des contacts pour chacun des lieux identifiés dans le tableau à la fin du questionnaire<sup>1</sup>

<p>Équipe sportive</p> <p><input type="checkbox"/> Oui <input type="checkbox"/> Non</p>	<p>Nom de l'équipe : _____</p> <p>Lieu de l'activité : _____</p> <p><b>Fréquence et durée de l'activité<sup>2</sup>:</b> _____</p> <p>Date de la dernière présence : ____/____/____ (AAAA/MM/JJ)</p>
<p>Groupe communautaire (ex. : couture, carving, chorale)</p> <p><input type="checkbox"/> Oui <input type="checkbox"/> Non</p>	<p>Type d'activité : _____</p> <p>Lieu de l'activité : _____</p> <p><b>Fréquence et durée de l'activité<sup>2</sup> :</b> _____</p> <p>Date de la dernière présence : ____/____/____ (AAAA/MM/JJ)</p>
<p>Activité de groupe (ex. : camping)</p> <p><input type="checkbox"/> Oui <input type="checkbox"/> Non</p>	<p>Type d'activité : _____</p> <p>Type d'hébergement : _____</p> <p><b>Fréquence et durée des présences<sup>2</sup> :</b> _____</p> <p>Date de la dernière présence : ____/____/____ (AAAA/MM/JJ)</p>

<sup>1</sup> Un même nom peut se retrouver dans plusieurs listes. Il sera d'autant plus à risque d'avoir été infecté.

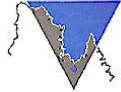
<sup>2</sup> **Important de bien remplir cette section !** Inscrire le nombre de présence par semaine et le nombre habituel d'heures de ces présences



ᑭᐅᑦᑲᑦ ᑕᑦᑲᑦ ᑕᑦᑲᑦ ᑕᑦᑲᑦ  
RÉGIE RÉGIONALE DE LA NUNAVIK REGIONAL  
SANTÉ ET DES SERVICES BOARD OF HEALTH  
SOCIAUX DU NUNAVIK AND SOCIAL SERVICES



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



ᑭᐅᑦᑲᑦ ᑕᑦᑲᑦ ᑕᑦᑲᑦ ᑕᑦᑲᑦ  
UNGAVA TULATTAVIK HEALTH CENTER  
CENTRE DE SANTÉ TULATTAVIK DE L'UNGAVA

## IDENTIFICATION DES CONTACTS D'UN CAS DE TB ACTIVE

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

### AUTRES LIEUX

Inscrire le lieu fréquenté et le nom des contacts pour chacun des lieux identifiés dans le tableau à la fin du questionnaire<sup>1</sup>

Autre lieu de rassemblement (ex. : centre communautaire, église)  <input type="checkbox"/> Oui <input type="checkbox"/> Non	Type d'activité : _____ Lieu de rassemblement : _____ <b>Fréquence et durée de l'activité<sup>2</sup>:</b> _____ Date de la dernière présence : ____/____/____ (AAAA/MM/JJ)
Établissement(s) de détention  <input type="checkbox"/> Oui <input type="checkbox"/> Non	Nom : _____ Période de détention : de ____/____/____ à ____/____/____ (AAAA/MM/JJ) Nom : _____ Période de détention : de ____/____/____ à ____/____/____ (AAAA/MM/JJ)

<sup>1</sup> Un même nom peut se retrouver dans plusieurs listes. Il sera d'autant plus à risque d'avoir été infecté.

<sup>2</sup> **Important de bien remplir cette section !** Inscrire le nombre de présence par semaine et le nombre habituel d'heures de ces présences



**IDENTIFICATION DES CONTACTS  
D'UN CAS DE TB ACTIVE**

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

**AUTRES LIEUX ET CONTACTS ADDITIONNELS**

Lieu fréquenté <sup>1</sup>	Nom du contact	No Dossier	Date de naissance	Âge	Sexe (m / f)	Fréquence et durée <sup>2</sup>	Cannabis <sup>3</sup> (O / N)	Symptômes <sup>4</sup> (O / N)
78.								
79.								
80.								
81.								
82.								
83.								
84.								
85.								
86.								
87.								

- Légende :
1. Identifier clairement soit par le nom de l'endroit, le numéro de maison, le nom de l'entreprise, le nom du chef de foyer (*head of household*), etc.
  2. **Important de bien remplir cette section!** Incrire le nombre de visites par semaine et le nombre d'heures habituel de ces visites
  3. Y a-t-il eu partage de cannabis ou autre drogue inhalée avec l'utilisateur?
  4. Symptômes compatibles avec TB active observés chez le contact, ex. : toux persistante, perte de poids notable, fatigue, etc.?



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



ᐃᕐᕐᕐᕐ ᐃᕐᕐᕐᕐ ᐃᕐᕐᕐᕐ  
**UNGAVA TULATTAVIK HEALTH CENTER**  
 CENTRE DE SANTÉ TULATTAVIK DE L'UNGAVA

**IDENTIFICATION DES CONTACTS  
 D'UN CAS DE TB ACTIVE**

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

**AUTRES LIEUX ET CONTACTS ADDITIONNELS**

Lieu fréquenté <sup>1</sup>	Nom du contact	No Dossier	Date de naissance	Âge	Sexe (m / f)	Fréquence et durée <sup>2</sup>	Cannabis <sup>3</sup> (O / N)	Symptômes <sup>4</sup> (O / N)
88.								
89.								
90.								
91.								
92.								
93.								
94.								
95.								
96.								
97.								

**Légende :**

1. Identifier clairement soit par le nom de l'endroit, le numéro de maison, le nom de l'entreprise, le nom du chef de foyer (*head of household*), etc.
2. **Important de bien remplir cette section!** Incrire le nombre de visites par semaine et le nombre d'heures habituel de ces visites
3. Y a-t-il eu partage de cannabis ou autre drogue inhalée avec l'utilisateur?
4. Symptômes compatibles avec TB active observés chez le contact, ex. : toux persistante, perte de poids notable, fatigue, etc.?