ᓄᓇᕗᒻᒥ ᐃᓱᒪᒋᓚᓂᖅᓴᓇᕐ ᑲᑎᒪᔨᑦ
RÉGIE RÉGIONALE DE LA SANTÉ ET DES SERVICES SOCIAUX DU NUNAVIK
NUNAVIK REGIONAL BOARD OF HEALTH AND SOCIAL SERVICES

ᑎᕝᕕᒃ ᑐᓚᑦᑕᐃᑦ ᖃᓄᐃᑦᑎᓯᕗᓂᖅᓴᓇᕐ
UNGAVA TULATTAVIK HEALTH CENTER
CENTRE DE SANTÉ TULATTAVIK DE L'UNGAVA

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

ISSUE DE TRAITEMENT D'UN CAS DE TUBERCULOSE 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

Statut du cas TB ☐ Confirmé ☐ Probable

Date du diagnostic[1] ____/___/___ (AAAA/MM/JJ)

GeneXpert	☐ Positif	☐ Négatif	☐ Non effectué
Frottis initial	☐ Positif	☐ Négatif	☐ Non effectué
Culture initiale	☐ Positif	☐ Négatif	☐ Non effectué

Radiographie pulmonaire initiale : ☐ Normale ☐ Anormale, cavitaire
Date : _____/_____/_____ (AAAA/MM/JJ) ☐ Anormale non cavitaire ☐ Non effectuée

Test de dépistage du VIH effectué suite au diagnostic : ☐ Oui ☐ Non ☐ Déjà connu positif ☐ Refusé par patient
Date de prélèvement. : _____/_____/_____ (AAAA/MM/JJ)

Date de début de traitement : ____/____/____ (AAAA/MM/JJ)

Date dernier jour de traitement : ____/____/___ (AAAA/MM/JJ)

Phase initiale :

Médicaments prescrits (cocher) : ☐ INH ☐ RIF ☐ EMB ☐ PZA ☐ Autre : _____

Nombre de doses prises pour chacun					

Phase de continuation :

Médicaments prescrits (cocher) : ☐ INH ☐ RIF ☐ EMB ☐ PZA ☐ Autre : _____

Nombre de doses prises pour chacun					
Durée de prise au total pour chacun (en mois)					
Apparition d'une résistance (Oui/Non)					

Principale modalité de traitement (un seul choix) :
- ☐ TOD (thérapie sous observance directe)
- ☐ Auto-administration quotidienne
- ☐ Autre : (préciser) _____

Taux d'observance estimé (% de doses prises) : ☐ 100 % ☐ 80 – 99 % ☐ 50 – 79 % ☐ < 50 %

Négativation des frottis (date du 1er frottis négatif d'une série de trois) : Date : _____/_____/_____ (AAAA/MM/JJ)
Négativation des cultures (date de 1ière culture négative de la 1ière série de cultures négatives de façon définitive) :
Date : _____/_____/_____ (AAAA/MM/JJ)

Issue du traitement (cocher un seul choix) :

- ☐ Guérison (cultures négatives objectivées)
- ☐ Traitement complété (sans cultures négatives objectivées)
- ☐ Décès avant ou durant le traitement. Date : ____/___/___ (AAAA/MM/JJ)
  - ☐ la TB est la cause du décès
  - ☐ la TB a contribué au décès sans le causer
  - ☐ la TB n'a pas contribué au décès
- ☐ Transfert dans une autre région – résultat du traitement inconnu
- ☐ Échec (culture positive après 4 mois de traitement ou plus)
- ☐ Abandon (cas perdu de vue avant d'avoir reçu 80 % des doses)
- ☐ Traitement discontinué dû à un évènement défavorable
- ☐ Autre (préciser) : _____

Signature MD : _____ Date : _____/_____/_____ (AAAA/MM/JJ)

[1] Date à laquelle la TB a été diagnostiquée par le médecin; si inconnue, date selon la première éventualité, soit a) date du premier frottis positif, b) date d'un premier rapport de culture positive c) ou d'un TAAN positif d) date de début du traitement.