



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

TUBERCULOSE ACTIVE ADULTE ET PÉDIATRIQUE PROTOCOLE DE SUIVI - ORDONNANCE MÉDICALE STANDARD

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

CAS DE TB PROBABLE ET TB CONFIRMÉE

But : Uniformiser la prise en charge des cas de tuberculose (TB) active et assurer la prescription médicale du suivi nécessaire par les différents professionnels de la santé concernés.

1. Objectifs :

- a) Obtenir une guérison permanente de la maladie tout en évitant l'apparition d'une résistance médicamenteuse et arrêter la transmission de l'infection (Guide TB, Québec, 2017)
- b) Détecter précocement les événements indésirables et assurer leur prise en charge.
- c) Identifier et agir promptement sur les causes possibles qui peuvent conduire à un échec du traitement antituberculeux (Guide TB, Québec, 2017)

Cette ordonnance doit être initiée par un médecin au moment du diagnostic de TB active et de la prescription d'antituberculeux.

Note : Toujours aviser la Santé publique des nouveaux cas de TB active confirmée ou probable. Il s'agit d'une MADO. Pour toute question qui demeure, contacter le médecin spécialiste : (Adulte) resp-north@mcgill.ca ou (Pédiatrie) mchtb@muhc.mcgill.ca et TOUJOURS mettre la DRSP du Nunavik en copie conforme (cc).

Pour toute urgence, contacter le pneumologue de garde au CUSM (514) 934-1934.

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 atteints de TB active. L'infirmière et le médecin cocheront 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 de la TB active.

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

TUBERCULOSE ACTIVE
ADULTE ET PÉDIATRIQUE
PROTOCOLE DE SUIVI - ORDONNANCE
MÉDICALE STANDARD

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 Temps 0 AA/ MM/ JJ	MD	<input type="checkbox"/> Indiquer résultat du dernier TCT : _____ mm. Date : ____/____/____ <input type="checkbox"/> Compléter le formulaire de déclaration MAD0 et transmettre à la DRSP DÉTECT TB-DÉCLAR-MADO ASS-70 <input type="checkbox"/> Prescrire type d'isolement respiratoire : <ul style="list-style-type: none"> <input type="radio"/> Isolement à domicile ET traitement die X 14 jours dûment complété (à envisager selon : évaluation médicale, conditions environnantes appropriées et consultation avec la santé publique¹) OU <input type="radio"/> Hospitalisation en isolement respiratoire : transfert selon le protocole « Guide de triage par Genexpert ». <input type="checkbox"/> Prescrire : <ul style="list-style-type: none"> <input type="radio"/> Recherche de BK par expectoration provoquée, sauf si contre-indiqué : GeneXpert (PCR) X1 et BK X 3 <input type="radio"/> FSC, bilan hépatique, Créat., Hep BsAg, anti-HCV, _____ <input type="radio"/> VIH² (consentement verbal) <input type="radio"/> Syphilis³ <input type="radio"/> BHCG sanguin PRN <input type="radio"/> Examen ophtalmique au temps 0, 1 et 2 mois et si Ethambutol > 2 mois. 	Signature AA/ MM/ JJ
	Inf.	<input type="checkbox"/> S'assurer que les mesures de protection individuelle /d'isolement sont en place <input type="checkbox"/> Si hospitalisation, procéder aux mesures de transfert aérien vers le centre hospitalier concerné selon les recommandations médicales <input type="checkbox"/> Si isolement à domicile pour 14 jours TB ACT/SOL-DOM <input type="checkbox"/> Enseignement à la clientèle. Dépliants : TB ACT/FICHE PT-4THÉRAPIE, TB ACT/FICHE PT-INFO-TB-AC) <input type="checkbox"/> Vérifier si contacts à priorité élevée dans son entourage TB ACT-IDENT-CONTACTS <input type="checkbox"/> Effectuer prélèvements tel que prescrits plus haut par MD <input type="checkbox"/> Examen ophtalmique incluant : <ul style="list-style-type: none"> <input type="radio"/> Test de l'acuité visuelle : Échelle de Snellen (pas chez le nourrisson)* <input type="radio"/> Test de la perception des couleurs : Test d'Ishihara* <p>*Inscrire au formulaire TB ACT/ITL- EVAL CLIN MENS</p>	Signature AA/ MM/ JJ

Signature du MD : _____ N° permis : _____ Date : ____/____/____
AAAA / MM / JJ

¹ Condition: Hospitalisation recommandée pour tous les cas de TB pulmonaire à frottis + ou avec lésion(s) cavitaire(s)

² Le VIH est le facteur de risque le plus important associé à la progression de la maladie.

³ Offrir dépistage de la syphilis chez les 14 ans et plus dû à l'épidémiologie de la région. Référer les résultats pour suivi équipe ITSS.



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

ᐅᕐᕐᕐᕐ ᕐᕐᕐᕐ ᕐᕐᕐᕐᕐᕐᕐᕐᕐ
 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

TUBERCULOSE ACTIVE
 ADULTE ET PÉDIATRIQUE
 PROTOCOLE DE SUIVI - ORDONNANCE
 MÉDICALE STANDARD

Temps	Suivi	Interventions et Investigations	Date et signature
Hospitalisation Ou Isolement à domicile 1^{er} jour de tx / Date du début du Tx / / AA/ MM/ JJ	MD	<input type="checkbox"/> <u>Vérifier si :</u> 1. TB active antérieure : <input type="checkbox"/> Oui <input type="checkbox"/> Non 2. Hépatite secondaire à antituberculeux antérieure : <input type="checkbox"/> Oui <input type="checkbox"/> Non <input type="checkbox"/> SI OUI , (1 ou 2) consulter resp-north@mcgill.ca (adulte) ou mchtb@muhc.mcgill.ca (enfant) <input type="checkbox"/> SI NON , (1 et 2) débuter trithérapie ou quadrithérapie, phase initiale TB ACT-PRESC-MÉD-Adulte-Phase 1 ou CAS TB-PRESC-MÉD- Enfant-Phase 1 <input type="checkbox"/> Prescrire RXP fin du 2e mois et 5e mois de traitement <input type="checkbox"/> Vérifier avec pharmacien si interactions médicamenteuses (ex. : Dilantin) <input type="checkbox"/> Counseling contraception si contraceptifs oraux → Privilégier Dépo-Provera, Mirena ou condom	_____ Signature AA/ MM/ JJ
	Inf.	<input type="checkbox"/> S'assurer de la conformité et du respect des mesures de PCI incluant les mesures d'isolement <input type="checkbox"/> Vérifier si BK X 3 complétés avant début de traitement <input type="checkbox"/> Cas à <u>frottis positif</u> , faire BK x 3 Q semaine ad négatif x 3 consécutifs (peuvent être faits la même semaine après le premier négatif) <input type="checkbox"/> Enseignement à la clientèle (maladie, plan de traitement, effets secondaires et suivis requis) <input type="checkbox"/> Faire signer le document TB ACTIVE- INFORMATION SUR LE TRAITEMENT OBLIGATOIRE TB ACT-MATO <input type="checkbox"/> Compléter le questionnaire d'enquête épidémiologique : TB ACT_ANNEXE 4 <input type="checkbox"/> Débuter le questionnaire Identification des contacts d'un cas de TB active TB ACT_IDENT-CONTACTS	_____ Signature AA/ MM/ JJ
Si hospitalisation	MD	<input type="checkbox"/> <u>Déterminer le congé d'hôpital avec la santé publique et/ou spécialiste selon les instructions suivantes :</u> <input type="checkbox"/> Si PCR GeneXpert positif ET frottis de départ positif(s) : 3 frottis prélevés <u>Q semaine</u> et congé après 14 jours de traitement une fois que 3 frottis consécutifs négatifs <input type="checkbox"/> Si PCR GeneXpert positif/négatif ET 3 frottis de départ négatifs : <input type="checkbox"/> Congé après 14 jours de traitement complété OU <input type="checkbox"/> Congé précoce, mais isolement à domicile jusqu'à concurrence d'un traitement die X 14 jours <u>dûment complété</u> (basé sur évaluation médicale, conditions environnantes appropriées et consultation avec la santé publique ⁴) <input type="checkbox"/> Faire suivre une copie du sommaire d'hospitalisation au MD et l'infirmière qui feront le suivi en externe.	_____ Signature AA/ MM/ JJ

Signature du MD : _____ N° permis : _____ Date : ____/____/____
AAAA / MM / JJ

⁴ Condition : Hospitalisation recommandée pour tous les cas de TB active à frottis positif et/ou avec lésion(s) cavitaire(s)
 (DRSP-TB_TB-ACT_PROT-SUIVI, V2021-11-18)



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

ᐅᐱᕐᕐᕐ ᐅᕐᕐᕐᕐ ᐱᕐᕐᕐᕐᕐᕐᕐ
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

TUBERCULOSE ACTIVE
ADULTE ET PÉDIATRIQUE
PROTOCOLE DE SUIVI - ORDONNANCE
MÉDICALE STANDARD

Temps	Suivi	Interventions et Investigations	Date et signature
Retour dans la communauté _____ AA/ MM/ JJ	MD/Inf. du village	<input type="checkbox"/> S'assurer du transfert du dossier au village <input type="checkbox"/> S'assurer que la pharmacie reçoive la prescription pour les phases 1 et 2 du traitement <input type="checkbox"/> Planifier les différentes dates de suivis infirmier et médical prévues dans la présente ordonnance <input type="checkbox"/> Organiser la TOD en partenariat avec les travailleurs locaux de la santé – Tenir compte des doses reçues lors de l'hospitalisation. <i>TB ACT-ENREG-MÉD-Phase 1</i> <input type="checkbox"/> Enseignement à la clientèle du plan de traitement. Si non fait, lecture et signature du document <i>Tb Active- Information Sur Le Traitement Obligatoire TB ACT-MATO</i> <input type="checkbox"/> Réviser et compléter avec le patient le questionnaire <u>Identification des contacts d'un cas de TB active</u> <i>TB ACT_IDENT-CONTACTS</i>)	_____ Signature MD _____ Signature AA/ MM/ JJ
Fin du 1 ^{er} mois de Tx _____ AA/ MM/ JJ	Inf.	<input type="checkbox"/> Suivi mensuel régulier : Si anormal, aviser le médecin a. Suivi de la médication et soutien au client <i>TB ACT-ENREG-MÉD-Phase 1</i> b. Évaluation clinique mensuelle <i>TB ACT-EVAL-CLIN-MENS</i> c. Sur prescription médicale, bilan hépatique, Créat., FSC (adulte et enfant)	_____ Signature AA/ MM/ JJ
Fin du 2 ^e mois de Tx _____ AA/ MM/ JJ	MD	Enfants et adultes avec TB probable (non confirmée par laboratoire) : <input type="checkbox"/> Diagnostic de TB probable maintenu d'emblée (poursuivre traitement), puis : <input type="checkbox"/> Discuter si le diagnostic de TB active est maintenu ou révoqué avec le spécialiste resp-north@mcgill.ca (adulte) ou mchtb@muhc.mcgill.ca (enfant). Au préalable : <input type="checkbox"/> Vérifier tous les résultats de TB bactériologie ad ce jour (GeneXpert, frottis, cultures) <input type="checkbox"/> Vérifier réponse clinique <input type="checkbox"/> Vérifier résultat RXP 2 ^e mois <input type="checkbox"/> Vérifier l'observance à la médication <input type="checkbox"/> Chez l'enfant de > 6 mois, discuter de la pertinence de répéter TCT avec le médecin de santé publique. <input type="checkbox"/> Si le diagnostic de TB probable est maintenu et que la souche du cas source présumé est sensible à tout <input type="checkbox"/> Cesser EMB (si patient sous EMB)	_____ Signature AA/ MM/ JJ

Signature du MD : _____ N° permis : _____ Date : ____/____/____
AAAA / MM / JJ



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

ᐅᓕᓕᓐ ᐅᓕᓕᓐ ᐅᓕᓕᓐ ᐅᓕᓕᓐ
 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

TUBERCULOSE ACTIVE
ADULTE ET PÉDIATRIQUE
PROTOCOLE DE SUIVI - ORDONNANCE
MÉDICALE STANDARD

Temps	Suivi		Date et signature
Fin du 2 ^e mois de Tx (suite) ____/____/____ AA/ MM/ JJ	MD (suite)	<p>Adultes et enfants avec TB confirmée par laboratoire :</p> <p><input type="checkbox"/> Révision du dossier :</p> <ul style="list-style-type: none"> <input type="checkbox"/> Prescrire BK entre la 7^e et 8^e semaine PRN⁵ <input type="checkbox"/> Vérifier résultat RXP 2^e mois <input type="checkbox"/> Vérifier BK temps 0 et antibiogramme : <ul style="list-style-type: none"> ○ Si sensible à tout → Cesser EMB (si patient sous EMB) ○ Si résistance médicamenteuse → Contacter spécialiste ○ Si PCR, frottis et cultures négatifs → Contacter spécialiste pour éliminer diagnostic de cancer (adulte) <input type="checkbox"/> Fin de la phase 1 (TOD) du traitement : → s’assurer de la prise complète des 60 doses avant de passer à la phase 2⁶ <input type="checkbox"/> Débuter phase 2 du traitement⁷ : Prescription- <i>TB ACT-PRESC-MÉD-Adulte-Phase 2</i> ou <i>Enfant-Phase 2</i> <input type="checkbox"/> Chez un patient sous EMB : si EMB doit être poursuivi ET test visuel anormal, demande de consultation en ophtalmo. <input type="checkbox"/> Autre situation (cas de TB qui nécessite un traitement particulier), Préciser : _____ 	_____ Signature AA/ MM/ JJ
	Inf.	<p><input type="checkbox"/> Suivi mensuel régulier : Si anormal, aviser le médecin</p> <ul style="list-style-type: none"> a. Suivi de la médication et soutien au client <i>TB ACT-ENREG-MÉD-Phase 1 ET prévoir Formulaire : TB ACT-ENREG-MÉD-Phase 2</i> b. Évaluation clinique mensuelle <i>TB ACT-EVAL-CLIN-MENS</i> c. Sur prescription médicale, bilan hépatique, Créat., FSC (adulte et enfant) <p><input type="checkbox"/> Effectuer relevé du dossier suite à sa révision par MD</p> <p><input type="checkbox"/> Répéter BK X 3 entre la 7^e et 8^e semaine PRN⁵ tel que prescrit par MD</p> <p><input type="checkbox"/> Faire RXP : PA + Latérale (avec vue lordotique pt ≥ 15 ans) tel que prescrit par MD <i>SURV-RXP-EVAL</i></p>	_____ Signature AA/ MM/ JJ

Signature du MD : _____ N° permis : _____ Date : ____/____/____
 AAAA / MM / JJ

⁵ Critères pour BK x 3 : **A)** Cultures initiales positives **B)** Traitement interrompu **C)** Traitement différent du traitement standard. **D)** Résistance médicamenteuse au départ **E)** Spécimen initial inadéquat et ceux répétés par la suite étaient à frottis positif **F)** Cavité observée quelques semaines post début de traitement **G)** Malabsorption intestinale, diabète ou patient immunosupprimé (ex. : VIH).
⁶ Si traitement erratique en phase 1, consulter resp-north@mcgill.ca (adulte) ou mchtb@muhc.mcgill.ca (enfant) avant de débuter la phase 2.
⁷ **IMPORTANT** : Vérifier le changement de dosage de l’isoniazide (INH) en phase 2, (sauf cas exceptionnels où le traitement DIE est prévu en phase 2). Le dosage d’INH passe de **5 mg/kg** die en phase 1 à **10 mg/kg** die 3x/semaine en phase 2.
 (DRSP-TB_TB-ACT_PROT-SUIVI, V2021-11-18)



Centre de Santé et Services Sociaux Inuulitsivik
Inuulitsivik Health & Social Services Centre

Puvirnituq, Québec J0M 1P0
T 819 988-2957 / F 819 988-2796

ᐅᓕᓐ ᐅᓕᓐ ᐅᓕᓐ ᐅᓕᓐ
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

TUBERCULOSE ACTIVE
ADULTE ET PÉDIATRIQUE
PROTOCOLE DE SUIVI - ORDONNANCE
MÉDICALE STANDARD

Temps	Suivi	Interventions et Investigations	Date et signature
Fin du 3 ^e mois de Tx AA/ MM/ JJ	Inf.	<input type="checkbox"/> Suivi mensuel régulier : Si anormal, aviser le médecin a. Suivi de la médication et soutien au client <i>TB ACT-ENREG-MÉD-Phase 2</i> b. Évaluation clinique mensuelle <i>TB ACT-EVAL-CLIN-MENS</i> c. Sur prescription médicale, bilan hépatique, Créat. PRN (adulte ⁸ et enfant ⁹) <input type="checkbox"/> Vérifier si BK ont dû être répétés à 8 semaines; si oui, vérifier le résultat : ○ Si culture positive : aviser MD et répéter q mois ad négativation des cultures sur prescription médicale	Signature AA/ MM/ JJ
Fin du 4 ^e mois de Tx AA/ MM/ JJ	MD	<input type="checkbox"/> Révision du dossier <input type="checkbox"/> Vérifier BK du 2 ^e mois. ○ Si culture négative : poursuivre le traitement pour un total de 6 mois ○ Si culture positive : consulter resp-north@mcgill.ca (Tx 9 mois possible) <input type="checkbox"/> Suivi particulier : _____	Signature AA/ MM/ JJ
	Inf.	<input type="checkbox"/> Suivi mensuel régulier : Si anormal, aviser le médecin a. Suivi de la médication et soutien au client <i>TB ACT-ENREG-MÉD-Phase 2</i> b. Évaluation clinique mensuelle <i>TB ACT-EVAL-CLIN-MENS</i> c. Sur prescription médicale, bilan hépatique, Créat. PRN (adulte ⁸ et enfant ⁹) <input type="checkbox"/> Effectuer relevé du dossier suite à sa révision par MD <input type="checkbox"/> BK X 3 PRN sur prescription médicale jusqu'à négativation des cultures	Signature AA/ MM/ JJ
Fin du 5 ^e mois de Tx AA/ MM/ JJ	Inf.	<input type="checkbox"/> Suivi mensuel régulier : Si anormal, aviser le médecin a. Suivi de la médication et soutien au client <i>TB ACT-ENREG-MÉD-Phase 2</i> b. Évaluation clinique mensuelle <i>TB ACT-EVAL-CLIN-MEN</i> c. Sur prescription médicale, bilan hépatique, Créat. PRN (adulte ⁸ et enfant ⁹) <input type="checkbox"/> Faire RXP : PA + Latérale (avec vue lordotique pt ≥ 15 ans) tel que prescrit par MD <i>SURV-RXP-EVAL</i> <input type="checkbox"/> BK X 3 PRN sur prescription médicale jusqu'à négativation des cultures	Signature AA/ MM/ JJ

Signature du MD : _____ N° permis : _____ Date : ____/____/____
AAAA / MM / JJ

⁸ Si symptomatique OU 50 ans et plus OU si présence d'une des conditions suivantes : grossesse ou accouchement au courant des 3 derniers mois, cirrhose évolutive ou hépatite évolutive chronique toutes causes confondues, hépatite C, hépatite B avec des concentrations de transaminases anormales, consommation quotidienne d'alcool, prise d'autres médicaments hépatotoxiques, antécédents d'hépatite provoquée par des médicaments. (Guide d'intervention – La Tuberculose, MSSS, 2017)

⁹ Si symptomatique ou bilan de base anormal.



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

ᐅᓕᓐ ᐅᓕᓐ ᐅᓕᓐ ᐅᓕᓐ
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

TUBERCULOSE ACTIVE
ADULTE ET PÉDIATRIQUE
PROTOCOLE DE SUIVI - ORDONNANCE
MÉDICALE STANDARD

Temps	Suivi	Interventions et Investigations	Date et signature
Fin du 6 ^e mois de Tx ____/____/____ AA/ MM/ JJ	MD	<input type="checkbox"/> Révision du dossier : <input type="checkbox"/> Vérifier résultat RXP du 5 ^e mois et résultats des cultures de BK <input type="checkbox"/> Consulter spécialiste pour ajustement du régime thérapeutique si : - RXP cavitaire au départ - Cultures positives à 8 semaines ou plus de traitement - Tx non standard, incomplet ou erratique - Autre situation particulière : _____ Si fin de traitement : <input type="checkbox"/> Compléter et signer le formulaire <i>Issue de traitement TB ACT-ISSUE TX</i> <input type="checkbox"/> Transmettre le formulaire <i>Issue de traitement</i> à la DRSP <input type="checkbox"/> Compléter et signer le suivi clinico-radiologique <u>en post fin de traitement</u> selon le guide: <i>TB ACT-ITL-CLIN-RADIOL</i> <input type="checkbox"/> Mettre à jour la liste des problèmes (antécédents) au dossier patient Enfant avec TB non confirmée par laboratoire : <input type="checkbox"/> Valider avec la santé publique si besoin de répéter TCT. Et si oui, à quel moment. <input type="checkbox"/> Discuter avec la santé publique et le spécialiste si diagnostic de TB active maintenu ou révoqué.	 _____ Signature AA/ MM/ JJ
	Inf.	<input type="checkbox"/> Suivi mensuel régulier : Si anormal, aviser le médecin a. Suivi de la médication et soutien au client <i>TB ACT -ENREG-MÉD-Phase 2</i> b. Évaluation clinique mensuelle <i>TB ACT-EVAL-CLIN-MENS</i> c. Sur prescription médicale, bilan hépatique, Créat. si traitement prolongé (adulte, enfant) <input type="checkbox"/> Effectuer relevé du dossier suite à sa révision par MD <input type="checkbox"/> Planifier suivi clinico-radiologique <i>TB ACT-ITL-CLIN-RADIOL</i> Si fin de traitement : <input type="checkbox"/> Transmettre le formulaire <i>Issue de traitement TB ACT-ISSUE FIN TX</i> (signé par le médecin) et les documents <i>ENREG-MÉD</i> , <i>EVAL-CLIN-MENS</i> et <i>CLIN-RADIOL</i> à la DRSP.	 _____ Signature AA/ MM/ JJ

Signature du MD : _____ N° permis : _____ Date : ____/____/____
AAAA / MM / JJ



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

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

TUBERCULOSE ACTIVE
ADULTE ET PÉDIATRIQUE
PROTOCOLE DE SUIVI - ORDONNANCE
MÉDICALE STANDARD

Grille pour mois supplémentaires : Retard de traitement de la période visée OU traitement de 9 / 12 mois

Temps	Suivi	Interventions et Investigations	Date et signature
Fin du 7 ^e mois de Tx ____/____/____ AA/ MM/ JJ	Inf.	<input type="checkbox"/> Suivi mensuel régulier : Si anormal, aviser le médecin a. Suivi de la médication et soutien au client <i>TB ACT-ENREG-MÉD-Phase 2</i> b. Évaluation clinique mensuelle <i>TB ACT-EVAL-CLIN-MENS</i> c. Sur prescription médicale, bilan hépatique, Créat. PRN (adulte ⁷ et enfant ⁸)	_____ Signature AA/ MM/ JJ
Fin du 8 ^e mois de Tx ____/____/____ AA/ MM/ JJ	Inf.	<input type="checkbox"/> Suivi mensuel régulier : Si anormal, aviser le médecin a. Suivi de la médication et soutien au client <i>TB ACT-ENREG-MÉD-Phase 2</i> b. Évaluation clinique mensuelle <i>TB ACT-EVAL-CLIN-MENS</i> c. Sur prescription médicale, bilan hépatique, Créat. PRN (adulte ⁷ et enfant ⁸) <input type="checkbox"/> Faire RXP : PA + Latérale (avec vue lordotique pt ≥ 15 ans) tel que prescrit par MD <i>SURV-RXP-EVAL</i> <input type="checkbox"/> Préparation du dossier pour révision médicale à la fin du 9 ^e mois.	_____ Signature AA/ MM/ JJ
Fin du 9 ^e mois de Tx ____/____/____ AA/ MM/ JJ	MD	<input type="checkbox"/> Révision du dossier <input type="checkbox"/> Vérifier résultat RXP du 8 ^e mois <input type="checkbox"/> Consulter spécialiste si : - RXP anormale ou cavités au départ - BK positifs en cours de Tx - Tx prolongé, non standard, incomplet ou erratique Si traitement terminé : <input type="checkbox"/> Compléter et signer le formulaire <i>Issue de traitement TB ACT-ISSUE TX</i> <input type="checkbox"/> Transmettre le formulaire <i>Issue de traitement</i> à la DRSP <input type="checkbox"/> Planifier suivi clinico-radiologique <u>en post fin de traitement</u> selon le guide de suivi clinico-radiologique <i>TB ACT-ITL-CLIN-RADIOL</i> <input type="checkbox"/> Mettre à jour la liste des problèmes (antécédents) au dossier patient	_____ Signature AA/ MM/ JJ
	Inf.	<input type="checkbox"/> Suivi mensuel régulier : Si anormal, aviser le médecin a. Suivi de la médication et soutien au client <i>TB ACT-ENREG-MÉD-Phase 2</i> b. Évaluation clinique mensuelle <i>TB ACT-EVAL-CLIN-MENS</i> c. Sur prescription médicale, bilan hépatique, Créat. PRN (adulte ⁷ et enfant ⁸) <input type="checkbox"/> Effectuer relevé du dossier suite à sa révision par MD <input type="checkbox"/> Planifier suivi clinico-radiologique	_____ Signature AA/ MM/ JJ

Pour traitement de 12 mois, répéter les interventions des 7e, 8e et 9e mois aux mois 10, 11 et 12.

Signature du MD : _____ N° permis : _____ Date : ____/____/____
AAAA / MM / JJ