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

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

ᐅᖃᑦᒥ ᐃᓚᑦᑕᐃᑦ ᖃᐅᔨᓴᕈᓐᓂᒧᑦ
UNGAVA TULATTAVIK HEALTH CENTER
CENTRE DE SANTÉ TULATTAVIK DE L'UNGAVA

ENREGISTREMENT DE LA MÉDICATION – Infection tuberculeuse latente (ITL)

Isoniazide (INH) TOD – Adulte - Enfant

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

Date de début du tx[1] : ____/_____/____ Date de fin du tx[2] : ____/_____/____ Nombre total de doses prises[3] : _____

Isoniazide (INH) _____ mg PO 2x/ semaine TOD X 78 doses sur 9 mois[5]

Durée du traitement prescrit et nombre de doses à donner :
☞ **9 mois = 1 dose 2x/semaine = 78 doses**

⏩ Aviser le médecin traitant et la santé publique si : a) 3 doses consécutives manquées b) plus de 3 doses manquées/10 doses consécutives c) observance erratique.

Inscrire le mois: _____																																						
Inscrire les dates calendrier→																																						
Jours semaine→	**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**	**M**	**J**	**V**	**S**	**D**	**L**	**M**
Isoniazide (INH) _____mg po TOD 2 X sem.																																						
Vitamine B6 _____mg po TOD 2 X sem.																																						
Nombre de doses[4] (cumulatif)																																						

Inscrire le mois : _____																																						
Inscrire les dates calendrier→																																						
Jours semaine→	**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**	**M**	**J**	**V**	**S**	**D**	**L**	**M**
Isoniazide (INH) ____mg po TOD 2 X sem.																																						
Vitamine B6 _____ mg po TOD 2 X sem.																																						
Nombre de doses[4] (cumulatif)																																						

Commentaires : _____

_____

[1] Inscrire la date de la prise de la première dose.
[2] Inscrire la date qui correspond à la prise de la dernière dose.
[3] Inscrire le nombre de doses prises au total et référez-vous au *Guide de suivi clinico-radiologique* pour le plan de suivi.
[4] Effectuer le décompte cumulatif du nombre de doses. Rappel : Prophylaxie : Inadéquate (< 62 doses) / Acceptable (> 62 doses/9 mois) / Optimale (78 doses/9 mois)
[5] Traitement administré les lundi – jeudi, ou mardi – vendredi. Favoriser un intervalle de 72 heures entre chaque dose.

Procédure : ⏩ Inscrire vos **initiales** dans chacune des cases où les médicaments sont administrés en **TOD** *(thérapie sous observation directe)* : 2 jours par semaine;
⏩ Inscrire **AA** dans les cases où les médicaments sont **auto-administrés** lors de situations très particulières. Cette pratique est non recommandée, sauf si patient extrêmement fiable;
⏩ Inscrire ☒ dans les cases où la dose prévue n'a pas été prise (TOD non administrée). **NOTE** : les doses omises doivent être reprises avant la fin du traitement.

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