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

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

Programme de Tuberculose
Prescription médicale

TRAITEMENT INFECTION TUBERCULEUSE LATENTE - ISONIAZIDE TOD

Allergies : ☐ Nil ou Préciser : _____

☐ Grossesse : _____ semaines ☐ Allaitement

Rx

ADULTE OU ENFANT

Date de prescription : _____ /_____ /_____
AAAA-MM-JJ

Poids: ____kg

Isoniazide (INH) TOD 2x/semaine soit, 78 doses sur 9 mois*

☐ ENFANT (moins de 15 ans)

Isoniazide 20-30 mg/kg (max. : 900 mg), soit : _____ *mg PO 2x/semaine X 78 doses*

Pyridoxine (vit. B6) 2 mg/kg (max. : 50 mg), soit : _____ *mg PO 2x/semaine X 78 doses*

☐ ADULTE (15 ans et plus)

Isoniazide 20-30 mg/kg (max. : 900 mg), soit : _____ *mg PO 2x/semaine X 78 doses*

Pyridoxine (vit. B6) 2 mg/kg (max. : 50 mg), soit : _____ *mg PO 2x/semaine X 78 doses*

À COMPLÉTER PAR LA PHARMACIE :

* 78 doses sur 9 mois à donner en thérapie sous observation directe (TOD) 2x/semaine.

Signature du médecin : _____

Lettres moulées : _____ Licence # : _____

J'atteste que cette prescription, transmise par télécopieur ou courriel, sera considérée comme étant valide et l'unique originale.
La pharmacie mentionnée plus bas en est la seule destinataire. La prescription ne sera pas réutilisée ou dupliquée.

Cocher le nom du village d'origine et la pharmacie concernée :

Centre de santé Inuulitsivik				**Centre de santé Tulattavik de l'Ungava**			
☐ *Salluit*	*819 255-9090*	☐ *Inukjuak*	*819 254-9090*	☐ *Kangiqsualujjuaq*	*819 337-9090*	☐ *Kangirsuk*	*819 935-9090*
☐ *Ivujivik*	*819 922-9090*	☐ *Umiujaq*	*819 331-9090*	☐ *Kuujjuaq*	*819 964-2905*	☐ *Quaqtaq*	*819 492-9090*
☐ *Akulivik*	*819 496-9090*	☐ *Kuujjuarapik*	*819 929-9090*	☐ *Aupaluk*	*819 491-9090*	☐ *Kangiqsujuaq*	*819 338-9090*
☐ *Puvirnituq*	*819 988-9090*					☐ *Tasiujaq*	*819 633-9090*

☐ **PHARMACIE INUULITSIVIK, PUVIRNITUQ**
Tél. : 819 988-2957 #263 /292
Fax : 819 988-2551
Courriel : pharmacie.pov@ssss.gouv.qc.ca

☐ **PHARMACIE VOYER, MONTRÉAL**
Tél. : 1 877 426-0406
Télécopieur : 1 877 426-0546
Courriel : fphx022@pharmaprix.ca

☐ **PHARMACIE TULATTAVIK, KUUJJUAQ**
Tél. : 819 964-2905 # 201/277
Fax : 819 964-0035
Courriel : kuujjuaq.pharmacy@ssss.gouv.qc.ca