





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

ᐅᓄᓐᓂᓐ ᐅᓂᓐᓂᓐ ᓂᓂᓐᓂᓐᓂᓐ  
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

**INFECTION TUBERCULOSE LATENTE**  
**ADULTE ET PÉDIATRIQUE**  
**PROTOCOLE DE SUIVI – ORDONNANCE MÉDICALE**  
**STANDARD • INH DIE ou TOD 2x/sem**

Résultat de Quantiféron positif le : \_\_\_\_aaaa / \_\_\_\_mm / \_\_\_\_jj (si applicable)

Résultat du TCT: \_\_\_\_ mm                      Date : \_\_\_\_aaaa / \_\_\_\_mm / \_\_\_\_jj

**Valeurs seuils du résultat du TCT et indications de traitement de l'ITL**

TCT	Indications de traitement préventif
≥ 5 mm	<input type="checkbox"/> <b>Personne résidant dans un village prioritaire<sup>1</sup></b> <input type="checkbox"/> Dépistage de masse dans un contexte d'éclosion ET selon la <b>DSPu</b> du Nunavik <input type="checkbox"/> Enfant vacciné au BCG depuis < 24 mois
≥ 5 mm	<input type="checkbox"/> Infection à VIH <input type="checkbox"/> Contact récent avec un cas de tuberculose contagieuse <input type="checkbox"/> Maladie fibronodulaire visible à la radiographie pulmonaire (tuberculose guérie, mais non traitée antérieurement ou traitée inadéquatement) <input type="checkbox"/> Greffe d'organe (associée à un traitement immunosuppresseur) <input type="checkbox"/> Autres médicaments immunosuppresseurs, p. ex. corticoïdes (l'équivalent de ≥ 15 mg/jour de prednisonne pendant 1 mois ou plus; le risque de tuberculose active augmente avec la dose et la durée du traitement) <input type="checkbox"/> Insuffisance rénale nécessitant une hémodialyse <input type="checkbox"/> Prise d'inhibiteurs du facteur de nécrose tumorale alpha [TNFα],
≥ 10 mm	<input type="checkbox"/> Personne résidant dans un village non prioritaire selon la <b>DSPu</b> du Nunavik <input type="checkbox"/> Virage dans les 2 dernières années sans exposition connue <input type="checkbox"/> Virage à la suite d'un contact récent, peu importe le délai écoulé entre les 2 TCT <input type="checkbox"/> Autre déficit immunitaire (cancer de la tête et du cou) <input type="checkbox"/> Silicose <input type="checkbox"/> Les personnes de tous âges ayant voyagé au cours des 2 dernières années dans un pays à incidence élevée en tenant compte de la durée de séjour et du type d'activités réalisées <input type="checkbox"/> Les utilisateurs de drogues par injection, séronégatifs pour le VIH • Les travailleurs ou les résidents d'un établissement de santé ou d'un établissement correctionnel • Les travailleurs de refuges pour sans-abri • Les sans-abri qui peuvent être traités dans le cadre d'un traitement préventif sous observation directe <input type="checkbox"/> Tout autre patient considéré comme à risque accru (diabète sucré, insuffisance pondérale, fumeur d'un paquet ou plus par jour)

Signature du MD : \_\_\_\_\_ N° permis : \_\_\_\_\_ Date : \_\_\_\_aaaa / \_\_\_\_mm / \_\_\_\_jj

<sup>1</sup> Pour connaître la liste des villages prioritaires établie par la Direction de santé publique, se référer à [Boîte à outils – Tuberculose](#).  
(DSPu-TB\_ITL\_PROT-SUIVI-INH-DIE-TOD, V2023-04-02)



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

**INFECTION TUBERCULOSE LATENTE  
ADULTE ET PÉDIATRIQUE  
PROTOCOLE DE SUIVI – ORDONNANCE MÉDICALE  
STANDARD • INH DIE ou TOD 2x/sem**

Temps	Suivi	Interventions et Investigations	Date et Signature
Pré-traitement	MD	<p><b>Avant de prescrire INH DIE ou TOD 2x/sem :</b></p> <ul style="list-style-type: none"> <li><input type="checkbox"/> S'assurer que RXP récente (&lt; 12 semaines depuis le RXP précédent)</li> <li><input type="checkbox"/> Si BK demandés, s'assurer du résultat négatif des cultures (sauf si avis contraire du spécialiste consulté)</li> </ul> <p><b>Vérifier également si:</b></p> <ol style="list-style-type: none"> <li>1. TB active antérieure: <input type="checkbox"/> Oui <input type="checkbox"/> Non</li> <li>2. Antécédents d'hépatite secondaire à antituberculeux: <input type="checkbox"/> Oui <input type="checkbox"/> Non</li> <li>3. Cas index résistant à INH<sup>2</sup>: <input type="checkbox"/> Oui <input type="checkbox"/> Non</li> </ol> <p><b>Note:</b> - Si <i>Oui</i> à 1, 2 ou 3: consulter médecins répondants en pneumologie<sup>3</sup> - Si <i>Non</i> à 1, 2 et 3: débuter le traitement ITL (<a href="#">ITL_PRESC-MED-INH-DIE</a>)</p> <ul style="list-style-type: none"> <li><input type="checkbox"/> Vérifier avec pharmacien si interactions médicamenteuses</li> <li><input type="checkbox"/> Prescrire: Bilan hépatique, Créat., FSC (adulte et enfant), Syphilis<sup>4</sup></li> </ul>	Signature AA/ MM/ JJ
1 <sup>er</sup> jour / date du début du Tx  AA/ MM/ JJ	Inf.	<p><b>Avant de débuter INH DIE ou TOD 2x/sem :</b></p> <ul style="list-style-type: none"> <li><input type="checkbox"/> S'assurer de l'absence de symptômes suggestifs de tuberculose active. Si présence de symptômes, demander avis médical STAT avant de débuter le traitement.</li> <li><input type="checkbox"/> S'assurer d'avoir de la pyridoxine injectable si intoxication à l'INH</li> <li><input type="checkbox"/> Débuter INH et pyridoxine selon prescription médicale (DIE ou TOD)</li> <li><input type="checkbox"/> Enseignement à la clientèle (traitement, <a href="#">observance</a>, effets secondaires)</li> <li><input type="checkbox"/> Prévoir formulaires de suivi: <ul style="list-style-type: none"> <li><input type="checkbox"/> Enregistrement de la médication (<a href="#">ITL-ENREG-MÉD-INH-DIE</a> ou <a href="#">TOD</a>)</li> <li><input type="checkbox"/> Courbe d'<a href="#">observance</a> si INH DIE<sup>5</sup> (<a href="#">ITL_COURBE-INH-DIE</a>)</li> <li><input type="checkbox"/> Évaluation clinique mensuelle (<a href="#">TB-ACT-ITL_EVAL-CLIN-MENS</a>)</li> </ul> </li> <li><input type="checkbox"/> Faire bilan hépatique, Créat., FSC (adulte et enfant), Syphilis<sup>4</sup></li> </ul>	Signature AA/ MM/ JJ
Fin du 1 <sup>er</sup> mois de Tx  AA/ MM/ JJ	Inf.	<ul style="list-style-type: none"> <li><input type="checkbox"/> <b>Suivi mensuel régulier:</b> Si anormal, aviser le médecin <ul style="list-style-type: none"> <li><input type="checkbox"/> Suivi de la médication et soutien au client (<a href="#">ITL-ENREG-MÉD-INH-DIE</a> ou <a href="#">TOD</a>) et (<a href="#">ITL_COURBE-INH-DIE</a>) si INH DIE<sup>5</sup></li> <li><input type="checkbox"/> Évaluation clinique mensuelle (<a href="#">TB ACT/ITL-EVAL MENS</a>)</li> </ul> </li> <li><input type="checkbox"/> Sur prescription médicale, faire bilan hépatique, Créat. PRN (adulte<sup>6</sup> et enfant<sup>7</sup>)</li> </ul>	Signature AA/ MM/ JJ

Signature du MD: \_\_\_\_\_ N° permis: \_\_\_\_\_ Date: \_\_\_\_/\_\_\_\_/\_\_\_\_

<sup>2</sup> Si l'antibiogramme chez le cas index n'est pas connu au moment de prescrire le traitement préventif, assurez-vous d'ajuster le régime de l'usager dès qu'une résistance au traitement antituberculeux prescrit est confirmée.  
<sup>3</sup> Les coordonnées pour rejoindre les répondants en pneumologie sont indiquées en page 1 de ce document.  
<sup>4</sup> Offrir dépistage syphilis chez les ≥ 14 ans dû à l'épidémiologie de la région. Référer les résultats pour suivi équipe ITSS de la [DSPu](#).  
<sup>5</sup> La courbe d'[observance](#) n'est pas utile en TOD, car chaque dose prise est enregistrée.  
<sup>6</sup> Si symptomatique **OU** ≥ 50 ans **OU** si présence d'une des conditions suivantes: Grossesse ou accouchement au cours 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)  
<sup>7</sup> Enfant - Si symptomatique ou bilan de base anormal.  
[\(DSPu-TB\\_ITL\\_PROT-SUIVI-INH-DIE-TOD, V2023-04-02\)](#)



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

**INFECTION TUBERCULOSE LATENTE**  
**ADULTE ET PÉDIATRIQUE**  
**PROTOCOLE DE SUIVI – ORDONNANCE MÉDICALE**  
**STANDARD • INH DIE ou TOD 2x/sem**

Temps	Suivi	Interventions et Investigations	Date et Signature
Fin du 2 <sup>e</sup> mois de Tx  AA/ MM/ JJ	Inf.	<input type="checkbox"/> <b>Suivi mensuel régulier:</b> Si anormal, aviser le médecin <input type="checkbox"/> Suivi de la médication et soutien au client ( <i>ITL-ENREG-MÉD-INH-DIE</i> ou <i>TOD</i> ) et ( <i>ITL_COURBE-INH-DIE</i> ) si INH DIE <sup>5</sup> <input type="checkbox"/> Évaluation clinique mensuelle ( <i>TB ACT/ITL-EVAL MENS</i> ) <input type="checkbox"/> Sur prescription médicale, faire bilan hépatique, Créat. PRN (adulte <sup>4</sup> et enfant <sup>5</sup> )	Signature AA/ MM/ JJ
Fin du 3 <sup>e</sup> mois de Tx  AA/ MM/ JJ	Inf.	<input type="checkbox"/> <b>Suivi mensuel régulier:</b> Si anormal, aviser le médecin <input type="checkbox"/> Suivi de la médication et soutien au client ( <i>ITL-ENREG-MÉD-INH-DIE</i> ou <i>TOD</i> ) et ( <i>ITL_COURBE-INH-DIE</i> ) si INH DIE <sup>5</sup> <input type="checkbox"/> Évaluation clinique mensuelle ( <i>TB-ACT-ITL_EVAL-CLIN-MENS</i> ) <input type="checkbox"/> Sur prescription médicale, faire bilan hépatique, Créat. PRN (adulte <sup>4</sup> et enfant <sup>5</sup> )	Signature AA/ MM/ JJ
Fin du 4 <sup>e</sup> mois de Tx  AA/ MM/ JJ	Inf.	<input type="checkbox"/> <b>Suivi mensuel régulier:</b> Si anormal, aviser le médecin <input type="checkbox"/> Suivi de la médication et soutien au client ( <i>ITL-ENREG-MÉD-INH-DIE</i> ou <i>TOD</i> ) et ( <i>ITL_COURBE-INH-DIE</i> ) si INH DIE <sup>5</sup> <input type="checkbox"/> Évaluation clinique mensuelle – ( <i>TB-ACT-ITL_EVAL-CLIN-MENS</i> ) <input type="checkbox"/> Sur prescription médicale, faire bilan hépatique, Créat. PRN (adulte <sup>4</sup> et enfant <sup>5</sup> )	Signature AA/ MM/ JJ
Fin du 5 <sup>e</sup> mois de Tx  AA/ MM/ JJ	Inf.	<input type="checkbox"/> <b>Suivi mensuel régulier:</b> Si anormal, aviser le médecin <input type="checkbox"/> Suivi de la médication et soutien au client ( <i>ITL-ENREG-MÉD-INH-DIE</i> ou <i>TOD</i> ) et ( <i>ITL_COURBE-INH-DIE</i> ) si INH DIE <sup>5</sup> <input type="checkbox"/> Évaluation clinique mensuelle ( <i>TB-ACT-ITL_EVAL-CLIN-MENS</i> ) <input type="checkbox"/> Sur prescription médicale, faire bilan hépatique, Créat. PRN (adulte <sup>4</sup> et enfant <sup>5</sup> )	Signature AA/ MM/ JJ
Fin du 6 <sup>e</sup> mois de Tx  AA/ MM/ JJ	Inf.	<input type="checkbox"/> <b>Suivi mensuel régulier:</b> Si anormal, aviser le médecin <input type="checkbox"/> Suivi de la médication et soutien au client ( <i>ITL-ENREG-MÉD-INH-DIE</i> ou <i>TOD</i> ) et ( <i>ITL_COURBE-INH-DIE</i> ) si INH DIE <sup>5</sup> <input type="checkbox"/> Évaluation clinique mensuelle ( <i>TB-ACT-ITL_EVAL-CLIN-MENS</i> ) <input type="checkbox"/> Sur prescription médicale, faire bilan hépatique, Créat. PRN (adulte <sup>4</sup> et enfant <sup>5</sup> )	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

ᐅᓴᓴᓴ ᐅᓴᓴᓴ ᐅᓴᓴᓴ ᐅᓴᓴᓴ  
 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  
 EMBOSSE HERE THE CARD OF IHC OR UTHC,  
 IF NOT AVAILABLE, WRITE THE NAME, SURNAME,  
 DATE OF BIRTH AND FILE NUMBER

**INFECTION TUBERCULOSE LATENTE  
 ADULTE ET PÉDIATRIQUE  
 PROTOCOLE DE SUIVI – ORDONNANCE MÉDICALE  
 STANDARD • INH DIE ou TOD 2x/sem**

**Délai dans la durée prévue du traitement:** À utiliser si le traitement se prolonge au-delà de 9 mois • Appliquer les interventions de la ligne *Fin de traitement* au mois qui complètera le traitement • Au-delà de 12 mois, la prophylaxie est considérée inadéquate.

Temps	Suivi	Interventions et Investigations	Date et Signature
Fin du 10 <sup>e</sup> mois de Tx  AA/ MM/ JJ	Inf.	<input type="checkbox"/> <b>Suivi mensuel régulier:</b> Si anormal, aviser le médecin <input type="checkbox"/> Suivi de la médication et soutien au client ( <i>ITL-ENREG-MÉD-INH-DIE</i> ou <i>TOD</i> ) et ( <i>ITL_COURBE-INH-DIE</i> ) si <i>INH DIE</i> <sup>5</sup> <input type="checkbox"/> Évaluation clinique mensuelle ( <i>TB-ACT-ITL_EVAL-CLIN-MENS</i> ) <input type="checkbox"/> Sur prescription médicale, faire bilan hépatique, Créat. PRN (adulte <sup>4</sup> et enfant <sup>5</sup> )	Signature AA/ MM/ JJ
Fin du 11 <sup>e</sup> mois de Tx  AA/ MM/ JJ	Inf.	<input type="checkbox"/> <b>Suivi mensuel régulier:</b> Si anormal, aviser le médecin <input type="checkbox"/> Suivi de la médication et soutien au client ( <i>ITL-ENREG-MÉD-INH-DIE</i> ou <i>TOD</i> ) et ( <i>ITL_COURBE-INH-DIE</i> ) si <i>INH DIE</i> <sup>5</sup> <input type="checkbox"/> Évaluation clinique mensuelle ( <i>TB-ACT-ITL_EVAL-CLIN-MENS</i> ) <input type="checkbox"/> Sur prescription médicale, faire bilan hépatique, Créat. PRN (adulte <sup>4</sup> et enfant <sup>5</sup> )	Signature AA/ MM/ JJ
Fin du Tx (12 <sup>e</sup> mois)  AA/ MM/ JJ	Inf.	<input type="checkbox"/> <b>Suivi mensuel régulier :</b> Si anormal, aviser le médecin <input type="checkbox"/> Suivi de la médication et soutien au client ( <i>ITL-ENREG-MÉD-INH-DIE</i> ou <i>TOD</i> ) et ( <i>ITL_COURBE-INH-DIE</i> ) si <i>INH DIE</i> <sup>5</sup> <input type="checkbox"/> Évaluation clinique mensuelle ( <i>TB-ACT-ITL_EVAL-CLIN-MENS</i> ) <input type="checkbox"/> Au besoin, planifier suivi clinico-radiologique ( <i>TB-ACT-ITL_GUIDE-SCR</i> ) <input type="checkbox"/> Acheminer tous ces documents complétés à la <b>DSPu</b>	Signature AA/ MM/ JJ
	MD	<input type="checkbox"/> Documenter l'observance et la fin de traitement <input type="checkbox"/> Compléter et signer le suivi clinico-radiologique <u>en post fin de traitement</u> selon le guide ( <i>TB-ACT-ITL_GUIDE-SCR</i> ) <input type="checkbox"/> Mettre à jour la liste des problèmes (antécédents) au dossier patient	Signature AA/ MM/ JJ

Signature du MD: \_\_\_\_\_ N° permis: \_\_\_\_\_ Date: aaaa/mm/jj