

IDENTIFICATION DES CONTACTS D'UN CAS DE TB 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

MAISONNÉE : VISITEURS

Liste des personnes qui ont visité la maisonnée durant la période de contagiosité :

Nom	No dossier	Date de naissance	Âge	Sexe (M / F)	Lien avec l'utilisateur ¹	Fréquence et durée ²	Date de dernier contact	Dormi ³ (O / N)	Cannabis ⁴ (O / N)	Symptômes ⁵ (O / N)
12.		aaaa/mm/jj					aaaa/mm/jj			
13.		aaaa/mm/jj					aaaa/mm/jj			
14.		aaaa/mm/jj					aaaa/mm/jj			
15.		aaaa/mm/jj					aaaa/mm/jj			
16.		aaaa/mm/jj					aaaa/mm/jj			
17.		aaaa/mm/jj					aaaa/mm/jj			
18.		aaaa/mm/jj					aaaa/mm/jj			
19.		aaaa/mm/jj					aaaa/mm/jj			
20.		aaaa/mm/jj					aaaa/mm/jj			
21.		aaaa/mm/jj					aaaa/mm/jj			

Légende :

1. Exemples de lien : père, mère, frère, sœur, cousin, ami, tante, beau-frère, ami des enfants ou des parents, etc.
2. **Important de bien remplir cette section !** Inscire le nombre de visites par semaine et le nombre d'heures habituel de ces visites.
3. Est-il arrivé que le visiteur dorme dans la même chambre que celle de l'utilisateur ? Si oui, indiquer la fréquence.
4. Y a-t-il eu partage de cannabis ou autre drogue inhalée avec l'utilisateur?
5. Symptômes compatibles avec **une** TB active observés chez le contact (ex. : toux persistante, perte de poids notable, fatigue, etc.) ?

IDENTIFICATION DES CONTACTS D'UN CAS DE TB 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

MAISONNÉES VISITÉES

Durant la période de contagiosité, est-il arrivé que l'usager ait visité d'autres maisonnées ? Oui Non

Liste des maisons visitées et des personnes présentes lors des visites de l'usager durant la période de contagiosité :

Nom	No dossier	Date de naissance	Âge	Sexe (M / F)	No maison	Lien avec l'usager ¹	Fréquence et durée ²	Date de dernier contact	Dormi ³ (O / N)	THC ⁴ (O / N)	Symptômes ⁵ (O / N)
32.		aaaa/mm/jj						aaaa/mm/jj			
33.		aaaa/mm/jj						aaaa/mm/jj			
34.		aaaa/mm/jj						aaaa/mm/jj			
35.		aaaa/mm/jj						aaaa/mm/jj			
36.		aaaa/mm/jj						aaaa/mm/jj			
37.		aaaa/mm/jj						aaaa/mm/jj			
38.		aaaa/mm/jj						aaaa/mm/jj			
39.		aaaa/mm/jj						aaaa/mm/jj			
40.		aaaa/mm/jj						aaaa/mm/jj			

Légende :

- Exemples de lien : père, mère, frère, sœur, cousin, tante, ami, enfants, ami des enfants ou des personnes présentes, etc.
- Important de bien remplir cette section !** Inscrire le nombre de visites par semaine et le nombre d'heures habituel de ces visites
- Est-il arrivé que l'usager dorme dans la même chambre que celle du contact ? Si oui, à quelle fréquence ?
- THC = cannabis.** Y a-t-il eu partage de cannabis ou autre drogue inhalée avec l'usager ?
- Symptômes compatibles avec **une** TB active observés chez le contact (ex. : toux persistante, perte de poids notable, fatigue, etc.) ?

IDENTIFICATION DES CONTACTS D'UN CAS DE TB 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

MAISONNÉES VISITÉES (SUITE)

S'il manque d'espace, faire une copie de la présente feuille

Durant la période de contagiosité, est-il arrivé que l'utilisateur ait visité d'autres maisonnées ? Oui Non

Liste des maisons visitées et des personnes présentes lors des visites de l'utilisateur durant la période de contagiosité :

Nom	No dossier	Date de naissance	Âge	Sexe (M / F)	No maison	Lien avec l'utilisateur	Fréquence et durée ²	Date de dernier contact	Dormi ³ (O / N)	THC ⁴ (O / N)	Symptômes ⁵ (O / N)
41.		aaaa/mm/jj						aaaa/mm/jj			
42.		aaaa/mm/jj						aaaa/mm/jj			
43.		aaaa/mm/jj						aaaa/mm/jj			
44.		aaaa/mm/jj						aaaa/mm/jj			
45.		aaaa/mm/jj						aaaa/mm/jj			
46.		aaaa/mm/jj						aaaa/mm/jj			
47.		aaaa/mm/jj						aaaa/mm/jj			
48.		aaaa/mm/jj						aaaa/mm/jj			
49.		aaaa/mm/jj						aaaa/mm/jj			

Légende :

- Exemples de lien : père, mère, frère, sœur, cousin, tante, ami, enfants, ami des enfants ou des personnes présentes, etc.
- Important de bien remplir cette section !** Incrire le nombre de visites par semaine et le nombre d'heures habituel de ces visites
- Est-il arrivé que l'utilisateur dorme dans la même chambre que celle du contact ? Si oui, à quelle fréquence ?
- THC = cannabis.** Y a-t-il eu partage de cannabis ou autre drogue inhalée avec l'utilisateur ?
- Symptômes compatibles avec **une** TB active observés chez le contact (ex. : toux persistante, perte de poids notable, fatigue, etc.) ?



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



ᐅᕐᕐᕐ ᐅᕐᕐᕐ ᕐᕐᕐᕐᕐᕐᕐ
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

IDENTIFICATION DES CONTACTS D'UN CAS DE TB ACTIVE

GARDERIE

Non-applicable. *NOTE : Si applicable, faire copie de la présente feuille pour plus d'espace au besoin.*

- Enfant → groupe : _____
- Travailleur avec contact avec les enfants → fonction : _____
- Travailleur sans contact avec les enfants → fonction : _____

Nom et coordonnées de la garderie : _____ Date de la dernière présence : ____/____/____ (aaaa/mm/jj)

Liste des personnes en contact avec l'utilisateur pendant la période de contagiosité :

Nom	No dossier	Date de naissance	Âge	Sexe (M / F)	Lien avec l'utilisateur ¹	Fréquence et durée ²	Date de dernier contact	Symptômes ³ (O / N)
50.		aaaa/mm/jj					aaaa/mm/jj	
51.		aaaa/mm/jj					aaaa/mm/jj	
52.		aaaa/mm/jj					aaaa/mm/jj	
53.		aaaa/mm/jj					aaaa/mm/jj	
54.		aaaa/mm/jj					aaaa/mm/jj	
55.		aaaa/mm/jj					aaaa/mm/jj	
56.		aaaa/mm/jj					aaaa/mm/jj	
57.		aaaa/mm/jj					aaaa/mm/jj	
58.		aaaa/mm/jj					aaaa/mm/jj	

Légende :

1. Exemples de lien: éducateur, enfant du même groupe, etc.
2. **Important de bien remplir cette section!** Inscrire le nombre de présences par semaine et le nombre habituel d'heures de ces présences
3. Symptômes compatibles avec **une** TB active observés chez le contact (ex. : toux persistante, perte de poids notable, fatigue, etc.) ?

IDENTIFICATION DES CONTACTS D'UN CAS DE TB 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

ECOLE

Non-applicable. *NOTE : Si applicable, faire copie de la présente feuille pour plus d'espace au besoin.*

Enfant → groupe : _____

Travailleur avec contact avec les enfants → fonction : _____

Travailleur sans contact avec les enfants → fonction : _____

Nom et coordonnées de l'école : _____ Date de la dernière présence : ____/____/____ (aaaa/mm/jj)

Liste des personnes avec qui l'utilisateur a passé le plus de temps à l'école pendant la période de contagiosité :

Nom	No dossier	Date de naissance	Âge	Sexe (M / F)	Lien avec l'utilisateur ¹	Fréquence et durée ²	Date de dernier contact	Cannabis ³ (O / N)	Symptômes ⁴ (O / N)
59.		aaaa/mm/jj					aaaa/mm/jj		
60.		aaaa/mm/jj					aaaa/mm/jj		
61.		aaaa/mm/jj					aaaa/mm/jj		
62.		aaaa/mm/jj					aaaa/mm/jj		
63.		aaaa/mm/jj					aaaa/mm/jj		
64.		aaaa/mm/jj					aaaa/mm/jj		
65.		aaaa/mm/jj					aaaa/mm/jj		
66.		aaaa/mm/jj					aaaa/mm/jj		
67.		aaaa/mm/jj					aaaa/mm/jj		

Légende :

- Exemples de lien: ami, travail d'équipe, professeur, éducateur, etc.
- Important de bien remplir cette section!** Incrire le nombre de présences par semaine et le nombre habituel d'heures de ces présences
- Y a-t-il eu partage de cannabis ou autre drogue inhalée avec l'utilisateur?
- Symptômes compatibles avec **une** TB active observés chez le contact (ex. : toux persistante, perte de poids notable, fatigue, etc.) ?

IDENTIFICATION DES CONTACTS D'UN CAS DE TB 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

TRAVAIL

Non-applicable. *NOTE : Si applicable, faire copie de la présente feuille pour plus d'espace au besoin.*

Employeur : _____ Fonction : _____

Date de la dernière présence : ____/____/____ (aaaa/mm/jj)

Caractérisation de son environnement de travail (ex. : bureau fermé, salle aérée, extérieur, camion, etc.).

Spécifier : _____

Liste des personnes avec qui l'utilisateur est en contact au travail :

Nom	No Dossier	Date de naissance	Âge	Sexe (M / F)	Lien avec l'utilisateur ¹	Fréquence et durée ²	Date de dernier contact	Cannabis ³ (O / N)	Symptômes ⁴ (O / N)
68.		aaaa/mm/jj					aaaa/mm/jj		
69.		aaaa/mm/jj					aaaa/mm/jj		
70.		aaaa/mm/jj					aaaa/mm/jj		
71.		aaaa/mm/jj					aaaa/mm/jj		
72.		aaaa/mm/jj					aaaa/mm/jj		
73.		aaaa/mm/jj					aaaa/mm/jj		
74.		aaaa/mm/jj					aaaa/mm/jj		
75.		aaaa/mm/jj					aaaa/mm/jj		

Légende :

- Exemples de lien: directeur, collègue, etc.
- Important de bien remplir cette section!** Inscire le nombre de présence par semaine et le nombre habituel d'heures de ces présences
- Y a-t-il eu partage de cannabis ou autre drogue inhalée avec l'utilisateur?
- Symptômes compatibles avec **une** TB active observés chez le contact (ex. : toux persistante, perte de poids notable, fatigue, etc.) ?



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



ᐅᓄᓐᓂ ᐅᓄᓐᓂ ᐅᓄᓐᓂ
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

IDENTIFICATION DES CONTACTS D'UN CAS DE TB ACTIVE

VOYAGE

Non-applicable

Durant la période de contagiosité, la personne a-t-elle séjourné dans une autre communauté du Nunavik, au Nunavut et/ou en dehors de la région ?

Date de départ	Date de retour	Destination	Lieu d'hébergement (Hôtel / Résidence privée)	Coordonnées des personnes visitées
aaaa/mm/jj	aaaa/mm/jj			
aaaa/mm/jj	aaaa/mm/jj			
aaaa/mm/jj	aaaa/mm/jj			
aaaa/mm/jj	aaaa/mm/jj			
aaaa/mm/jj	aaaa/mm/jj			
aaaa/mm/jj	aaaa/mm/jj			
aaaa/mm/jj	aaaa/mm/jj			
aaaa/mm/jj	aaaa/mm/jj			
aaaa/mm/jj	aaaa/mm/jj			



IDENTIFICATION DES CONTACTS D'UN CAS DE TB 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

AUTRES LIEUX

Inscrire le lieu fréquenté et le nom des contacts pour chacun des lieux identifiés dans le tableau à la fin du questionnaire¹

<p>Équipe sportive</p> <p><input type="checkbox"/> Oui <input type="checkbox"/> Non</p>	<p>Nom de l'équipe : _____</p> <p>Lieu de l'activité : _____</p> <p>Fréquence et durée de l'activité²: _____</p> <p>Date de la dernière présence : ____/____/____ (aaaa/mm/jj)</p>
<p>Groupe communautaire (ex. : couture, carving, chorale)</p> <p><input type="checkbox"/> Oui <input type="checkbox"/> Non</p>	<p>Type d'activité : _____</p> <p>Lieu de l'activité : _____</p> <p>Fréquence et durée de l'activité² : _____</p> <p>Date de la dernière présence : ____/____/____ (aaaa/mm/jj)</p>
<p>Activité de groupe (ex. : camping)</p> <p><input type="checkbox"/> Oui <input type="checkbox"/> Non</p>	<p>Type d'activité : _____</p> <p>Type d'hébergement : _____</p> <p>Fréquence et durée des présences² : _____</p> <p>Date de la dernière présence : ____/____/____ (aaaa/mm/jj)</p>

¹ Un même nom peut se retrouver dans plusieurs listes. Il sera d'autant plus à risque d'avoir été infecté.

² **Important de bien remplir cette section !** Inscrire le nombre de présence par semaine et le nombre habituel d'heures de ces présences

IDENTIFICATION DES CONTACTS D'UN CAS DE TB 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

AUTRES LIEUX ET CONTACTS ADDITIONNELS

Lieu fréquenté ¹	Nom du contact	No Dossier	Date de naissance	Âge	Sexe (M / F)	Fréquence et durée ²	Date de dernier contact	Cannabis ³ (O / N)	Symptômes ⁴ (O / N)
86.			aaaa/mm/jj				aaaa/mm/jj		
87.			aaaa/mm/jj				aaaa/mm/jj		
88.			aaaa/mm/jj				aaaa/mm/jj		
89.			aaaa/mm/jj				aaaa/mm/jj		
90.			aaaa/mm/jj				aaaa/mm/jj		
91.			aaaa/mm/jj				aaaa/mm/jj		
92.			aaaa/mm/jj				aaaa/mm/jj		
93.			aaaa/mm/jj				aaaa/mm/jj		
94.			aaaa/mm/jj				aaaa/mm/jj		
95.			aaaa/mm/jj				aaaa/mm/jj		

Légende :

1. Identifier clairement soit par le nom de l'endroit, le numéro de maison, le nom de l'entreprise, le nom du chef de foyer (*head of household*), etc.
2. **Important de bien remplir cette section!** Inscrire le nombre de visites par semaine et le nombre d'heures habituel de ces visites
3. Y a-t-il eu partage de cannabis ou autre drogue inhalée avec l'utilisateur?
4. Symptômes compatibles avec une TB active observés chez le contact (ex. : toux persistante, perte de poids notable, fatigue, etc.) ?