



Centre de Santé et Services Sociaux InuuIitsivik
InuuIitsivik Health & Social Services Centre
 Puvirnituq, Québec J0M 1P0
 T 819 988-2957 / F 819 988-2796
 ᐅᓃᐸᐸ ᐅᐸᐸᐸᐸ ᐸᐸᐸᐸᐸᐸᐸᐸᐸᐸ
UNGAVA TULATTAVIK HEALTH CENTER
CENTRE DE SANTÉ TULATTAVIK DE L'UNGAVA

Programme de Tuberculose Prescription médicale	
TRAITEMENT TUBERCULOSE ACTIVE Phase initiale - ADULTE	
Allergies : <input type="checkbox"/> Nil ou Préciser : _____	
<input type="checkbox"/> Grossesse : _____ semaines <input type="checkbox"/> Allaitement	

*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*



ADULTE (15 ans et plus)

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

Poids : ____ kg

À COMPLÉTER PAR LA PHARMACIE :	
_____ mg PO die x 60 doses	
_____ mg PO die x 60 doses	
_____ mg PO die x 60 doses	
_____ mg PO die x 60 doses	
_____ mg PO die x 60 doses	
_____ mg PO die x 60 doses	

PHASE INITIALE¹ (PHASE 1)

- 1) Isoniazide (INH) 5 mg/kg (max. : 300 mg), soit :
- 2) Rifampicine (RIF) 10 mg/kg (10-12 mg/kg) (**pas de max.**), soit :
- 3) Pyrazinamide (PZA) **20-25 mg/kg²** (max. : 2 g), soit :
- 4) Ethambutol (EMB) **15-20 mg/kg²** (max. : 1,6 g), soit :
- 5) Pyridoxine (vit. B6) 1 mg/kg (max. : 25 mg), soit :
- 6) _____

Signature du médecin : _____

Lettres moulées : _____

Licence # : _____

¹ Traitement en thérapie d'observation directe (TOD) 5x/semaine (lun-ven) et auto-administré (AA) 2x/semaine (sam-dim).
 Les doses omises devront être reprises avant le début de la phase de continuation (phase 2).

² La dose soulignée est la dose cible. L'intervalle indiqué est considéré acceptable pour faciliter l'ajustement du dosage en fonction du poids du patient.

<i>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.</i>			
Cocher le nom du village d'origine et la pharmacie concernée :			
Centre de santé InuuIitsivik		Centre de santé Tulattavik de l'Ungava	
<input type="checkbox"/> Salluit 819 255-9090	<input type="checkbox"/> Inukjuak 819 254-9090	<input type="checkbox"/> Kangiqsualujuaq 819 337-9090	<input type="checkbox"/> Kangirsuk 819 935-9090
<input type="checkbox"/> Ivujivik 819 922-9090	<input type="checkbox"/> Umiujaq 819 331-9090	<input type="checkbox"/> Kuujuaq 819 964-2905	<input type="checkbox"/> Quaqtaq 819 492-9090
<input type="checkbox"/> Akulivik 819 496-9090	<input type="checkbox"/> Kuujuarapik 819 929-9090	<input type="checkbox"/> Aupaluk 819 491-9090	<input type="checkbox"/> Kangiqsujuaq 819 338-9090
<input type="checkbox"/> Puvirnituq 819 988-9090		<input type="checkbox"/> Tasiujaq 819 633-9090	
<input type="checkbox"/> PHARMACIE INUULITSIVIK, PUVIRNITUQ Tél. : 819 988-2957 #263 /292 Fax : 819 988-2551 Courriel : pharmacie.pov@ssss.gouv.qc.ca		<input type="checkbox"/> PHARMACIE TULATTAVIK, KUUJJUAQ Tél. : 819 964-2905 # 201/277 Fax : 819 964-0035 Courriel : kuujuaq.pharmacy@ssss.gouv.qc.ca	
<input type="checkbox"/> PHARMACIE VOYER, MONTRÉAL Tél. : 1 877 426-0406 Télécopieur : 1 877 426-0546 Courriel : fphx022@pharmaprix.ca			