



Centre de Santé et Services Sociaux Inuulitsivik  
**Inuulitsivik Health & Social Services Centre**  
 Puvirnituq, Québec J0M 1P0  
 T 819 988-2957 / F 819 988-2796  
 ᐅᓃᓃᓃ ᐅᓃᓃᓃ ᐅᓃᓃᓃ ᐅᓃᓃᓃ  
**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 TUBERCULOSE ACTIVE  
 Phase initiale - ADULTE**

Allergies :  Nil ou Préciser : \_\_\_\_\_

Grossesse : \_\_\_\_\_ semaines       Allaitement



**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 INITIALE<sup>1</sup> (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/kg<sup>2</sup> (max. : 2 g), soit :
- 4) Ethambutol (EMB) 15-20 mg/kg<sup>2</sup> (max. : 1,6 g), soit :
- 5) Pyridoxine (vit. B6) 1 mg/kg (max. : 25 mg), soit :
- 6) \_\_\_\_\_

Signature du médecin : \_\_\_\_\_

Lettres moulées : \_\_\_\_\_

Licence # : \_\_\_\_\_

<sup>1</sup> 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).

<sup>2</sup> 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.

*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	
<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"/> <b>PHARMACIE INUULITSIVIK, PUVIRNITUQ</b> Tél. : 819 988-2957 #263 /292 Fax : 819 988-2551 Courriel : <a href="mailto:pharmacie.municipale.Puvi@ssss.gouv.qc.ca">pharmacie.municipale.Puvi@ssss.gouv.qc.ca</a>		<input type="checkbox"/> <b>PHARMACIE TULATTAVIK, KUUJJUAQ</b> Tél. : 819 964-2905 # 201/277 Fax : 819 964-0035 Courriel : <a href="mailto:pharmacy.kuujuaq@ssss.gouv.qc.ca">pharmacy.kuujuaq@ssss.gouv.qc.ca</a>	
<input type="checkbox"/> <b>PHARMACIE VOYER, MONTRÉAL</b> Tél. : 1 877 426-0406 Télécopieur : 1 877 426-0546 Courriel : <a href="mailto:pharmacie.voyer.csi@ssss.gouv.qc.ca">pharmacie.voyer.csi@ssss.gouv.qc.ca</a>			