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 TUBERCULOSE ACTIVE
Phase de continuation - ADULTE

Allergies : ☐ Nil ou Préciser : _____

☐ Grossesse: _____ semaines ☐ Allaitement

Rx

**ADULTE (15 ans et plus)**

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

Poids : ____kg

***À COMPLÉTER PAR LA PHARMACIE :***

_____ *mg PO 3x/semaine X* _____ *doses*
_____ *mg PO 3x/semaine X* _____ *doses*
_____ *mg PO 3x/semaine X* _____ *doses*
_____ *mg PO 3x/semaine X* _____ *doses*

**PHASE DE CONTINUATION[1] (PHASE 2)**

1) **Isoniazide (**INH) 15 mg/kg (max. : 900 mg), soit :
2) **Rifampicine** (RIF) 10 mg/kg (10-12 mg/kg) (pas de max.), soit :
3) **Pyridoxine** (vit. B6) 2 mg/kg (max. : 50 mg), soit :
4) _____, soit :

Signature du médecin : _____

Lettres moulées : _____ Licence # : _____

[1] Traitement en thérapie d'observation directe (TOD) 3x/semaine (lun-mer-ven) d'une durée de 4 à 10 mois
(1 mois = 30 jours, donc : 4 mois = 51 doses, 7 mois = 90 doses, 10 mois = 120 doses)
(Ex. calcul du nombre de doses : 4 mois = 30 jrs / mois X 4 = 120 jrs ou 120 jrs / 7 = 17 semaines X TOD 3x/semaine = 51 doses)
TOD à débuter après la prise des 60 doses de la phase initiale débutée le : aaaa / mm / jj

*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