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 initiale - ENFANT

Allergies : ☐ Nil ou Préciser : _____

_____

☐ Grossesse : _____ semaines ☐ Allaitement

Rx

ENFANT (moins de 15 ans)

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

Poids : ____kg

PHASE INITIALE[1] (PHASE 1)

☐ **Isoniazide (**INH) 10-15 mg/kg (max. : 300 mg), soit :

☐ **Rifampicine** (RIF) 10-20 mg/kg (max. : 600 mg)[2], soit :

☐ **Pyrazinamide** (PZA) 30-40 mg/kg (max. : 2 g), soit :

☐ **Ethambutol[3]** (EMB) 15-25 mg/kg (max. : 2,5 g), soit :

☐ **Pyridoxine** (vit. B6) 1 mg/kg (max. : 25 mg), soit :

☐ _____**,** soit :

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*

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] Si > 60 kg, Rifampicine (RIF) 10 mg/kg (10-12 mg/kg) (max. : 900 mg) peut être utilisé avec une surveillance étroite des effets secondaires hépatotoxiques.
[3] Omettre EMB si enfant ≤ 10 ans sans critère de sévérité (à confirmer avec pneumologue pédiatrique) ET si un seul cas source connu et sans résistance.

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*	☐ **PHARMACIE VOYER, MONTRÉAL** Tél. : 1 877 426-0406 Télécopieur : 1 877 426-0546 pharmacie.voyer.csi@ssss.gouv.qc.ca	☐ *Kangiqsualujjuaq*	*819 337-9090*	☐ **PHARMACIE TULATTAVIK, KUUJJUAQ** Tél. : 819 964-2905 # 201/277 Fax : 819 964-0035 pharmacy.kuujjuaq@ssss.gouv.qc.ca
☐ *Ivujivik*	*819 922-9090*		☐ *Kuujjuaq*	*819 964-2905*	
☐ *Akulivik*	*819 496-9090*		☐ *Aupaluk*	*819 491-9090*	
☐ *Inukjuak*	*819 254-9090*		☐ *Kangirsuk*	*819 935-9090*	
☐ *Umiujaq*	*819 331-9090*		☐ *Quaqtaq*	*819 492-9090*	
☐ *Kuujjuarapik*	*819 929-9090*		☐ *Kangiqsujuaq*	*819 338-9090*	
☐ *Puvirnituq*	*819 988-9090*	☐ **PHARMACIE INUULITSIVIK, PUVIRNITUQ** Tél. : 819 988-2957 #263 Fax : 819 988-2551 pharmacie.pov@ssss.gouv.qc.ca	☐ *Tasiujaq*	*819 633-9090*	