

Objectifs

À la fin de cette présentation, vous serez en mesure de:

Utiliser les outils de la Boîte à outils TB pour:

- Appliquer les étapes d'investigation d'un cas suspect
- Assurer la prise en charge des patients atteints d'ITL et de TB active

Présentation de la boîte à outils

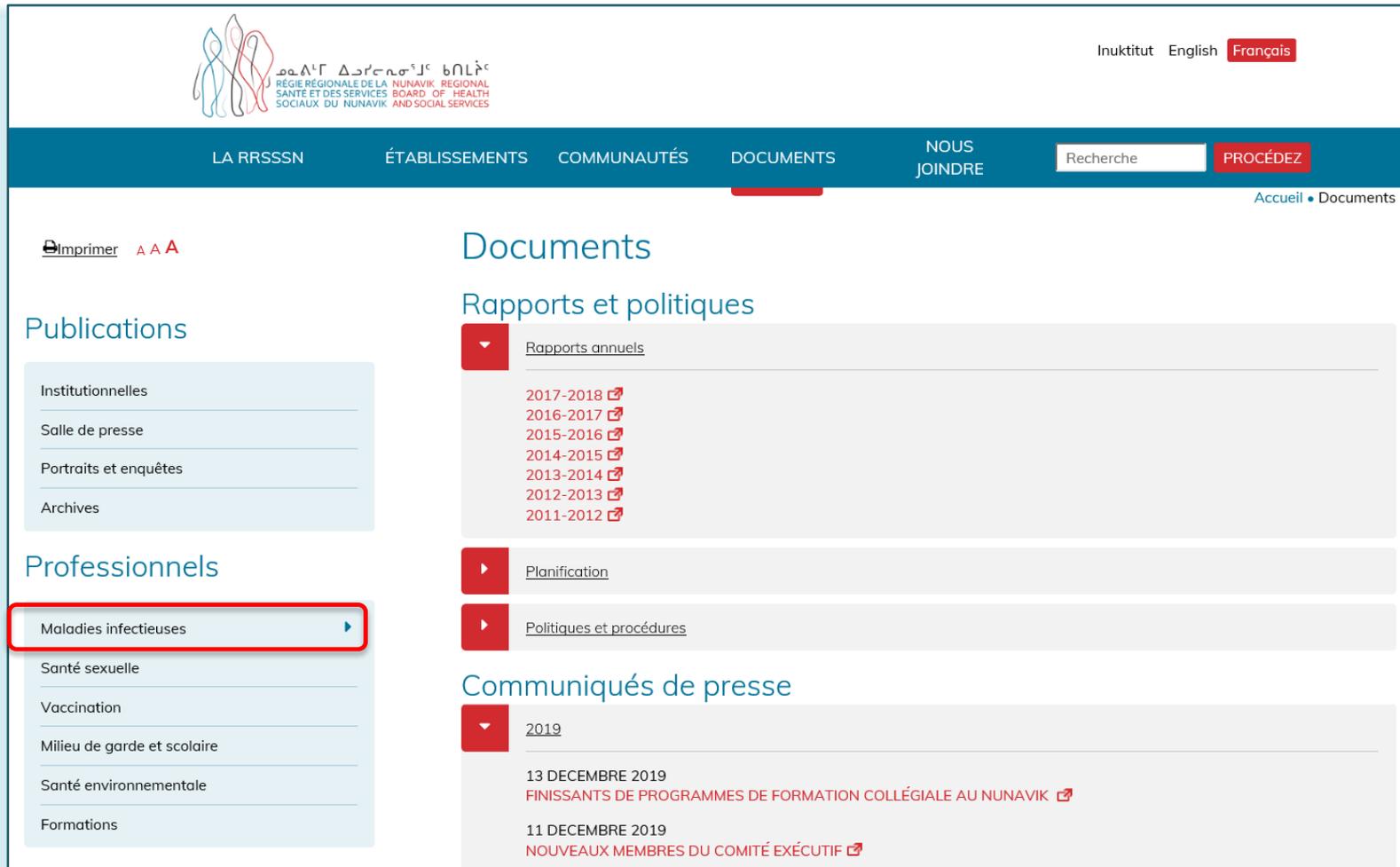
Plan sur le site de la RRSSSN

Ou via la page d'accueil de la Régie.

The screenshot shows the homepage of the Régie régionale de la Nunavik (RRSSSN). The header includes the organization's logo and name in Inuktitut, English, and French. The main navigation bar contains the following items: LA RRSSSN, ÉTABLISSEMENTS, COMMUNAUTÉS, DOCUMENTS (highlighted with a red box), and NOUS JOINDRE. A search bar with the text 'Recherche' and a 'PROCÉDEZ' button is also present. The main content area features a large yellow banner with the text 'LA GRIPPE POURRAIT VOUS FRAGILISER' and a sub-headline 'Protégez-vous et vos proches.' Below this is a red button labeled 'EN SAVOIR PLUS'. To the right of the banner are two framed illustrations: one showing a person in a wheelchair being assisted by another person, and another showing a group of people smiling. At the bottom of the banner are three small numbered circles (1, 2, 3). A red circle with the number '1' is positioned above the 'DOCUMENTS' menu item.

Présentation de la boîte à outils

Plan sur le site de la RRSSSN



The screenshot shows the website interface for the Régie régionale de la santé et des services sociaux du Nunavik. The top navigation bar includes the logo and language options (Inuktitut, English, Français). The main navigation bar has categories: LA RRSSSN, ÉTABLISSEMENTS, COMMUNAUTÉS, DOCUMENTS (highlighted), and NOUS JOINDRE. A search bar and a 'PROCÉDEZ' button are also present.

The 'Documents' section is active, displaying a list of reports and policies. The 'Professionnels' sidebar is visible on the left, with 'Maladies infectieuses' highlighted by a red circle and the number '2'. Other sidebar items include Institutionnelles, Salle de presse, Portraits et enquêtes, Archives, Santé sexuelle, Vaccination, Milieu de garde et scolaire, Santé environnementale, and Formations.

The 'Documents' content area is divided into 'Rapports et politiques' and 'Communiqués de presse'. Under 'Rapports et politiques', there is a dropdown for 'Rapports annuels' with a list of years from 2011-2012 to 2017-2018, each with a PDF icon. Below that are links for 'Planification' and 'Politiques et procédures'. Under 'Communiqués de presse', there is a dropdown for '2019' with two entries: '13 DECEMBRE 2019 FINISSANTS DE PROGRAMMES DE FORMATION COLLÉGIALE AU NUNAVIK' and '11 DECEMBRE 2019 NOUVEAUX MEMBRES DU COMITÉ EXÉCUTIF', both with PDF icons.

Présentation de la boîte à outils

Plan sur le site de la RRSSSN

Inuktitut English **Français**

LA RRSSSN

ÉTABLISSEMENTS

COMMUNAUTÉS

DOCUMENTS

NOUS
JOINDRE

Recherche

PROCÉDEZ

Accueil • Section maladies infectueuses

Imprimer A A A

Section maladies infectueuses

Professionnels

Section maladies infectueuses - La documentation sur cette page consiste en outils de travail et est ainsi destinée aux professionnels du réseau de la santé et des services sociaux.

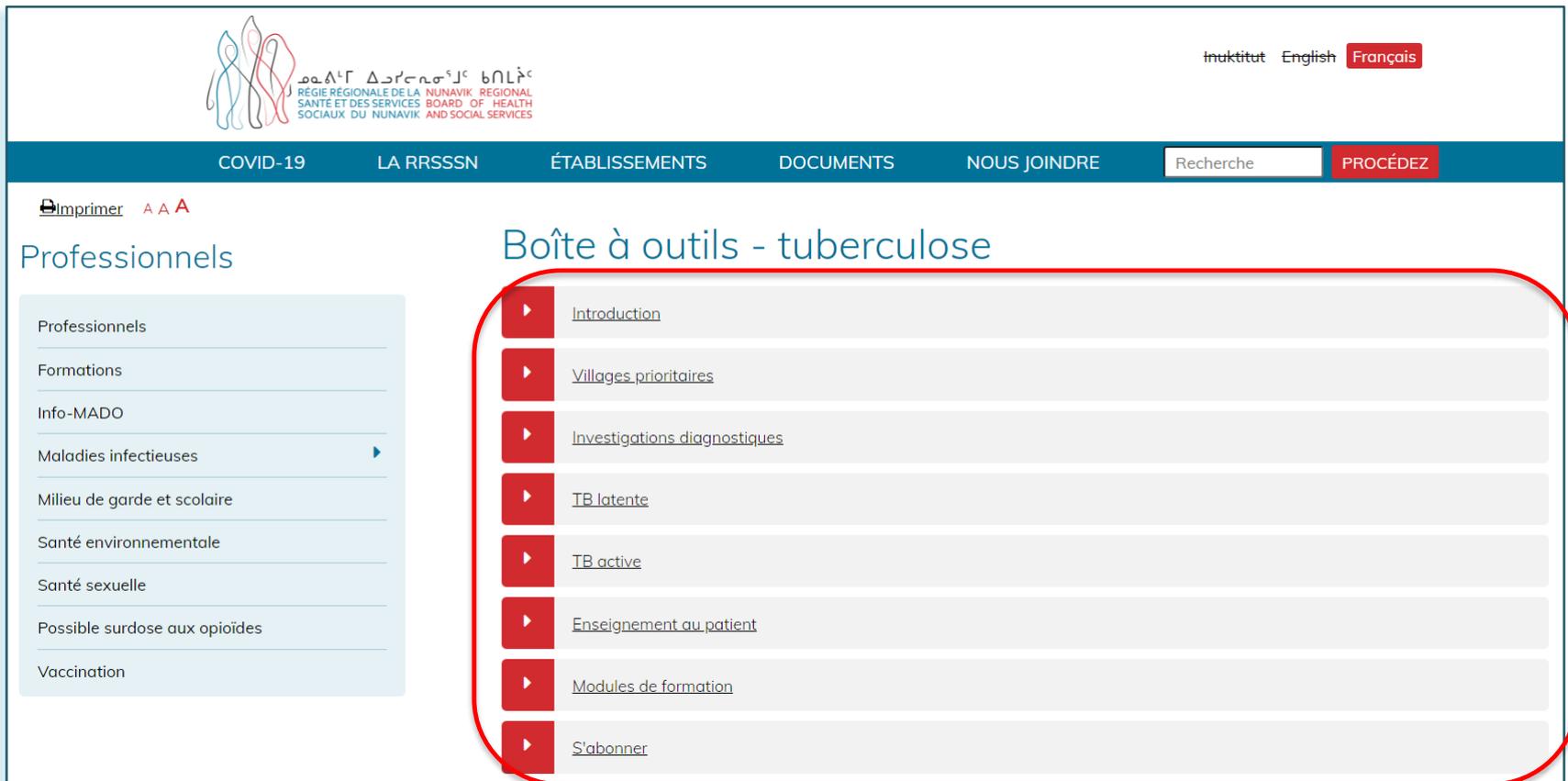
Maladies infectieuses

- Maladies à déclaration obligatoire
- Infections transmises sexuellement et par le sang
- Rage et morsures animales
- Virus respiratoire syncytial
- Tuberculose (TB)**
- Santé sexuelle
- Vaccination
- Milieu de garde et scolaire
- Santé environnementale
- Formations

3

Présentation de la boîte à outils

Plan sur le site de la RRSSSN



Logo of Régie régionale de la Nunavik / Regional Health and Social Services Board of Nunavik

Language options: Inuktitut English Français

Navigation: COVID-19 LA RRSSSN ÉTABLISSEMENTS DOCUMENTS NOUS JOINDRE Recherche PROCÉDEZ

Professionnels

Imprimer A A A

Boîte à outils - tuberculose

- ▶ [Introduction](#)
- ▶ [Villages prioritaires](#)
- ▶ [Investigations diagnostiques](#)
- ▶ [TB latente](#)
- ▶ [TB active](#)
- ▶ [Enseignement au patient](#)
- ▶ [Modules de formation](#)
- ▶ [S'abonner](#)

Professionnels

- Professionnels
- Formations
- Info-MADO
- Maladies infectieuses ▶
- Milieu de garde et scolaire
- Santé environnementale
- Santé sexuelle
- Possible surdose aux opioïdes
- Vaccination

Investigations diagnostiques

Évaluation clinique cas suspect/contact

- ◆ Page 1 :
 - ◆ Contexte de l'investigation (connu grâce à l'enquête de cas ou communiqué par le patient lui-même)
 - ◆ Les ATCD TB et généraux du patient (revue de dossier)
 - ◆ Facteurs de risque (lors de l'entretien avec le patient)



**ÉVALUATION CLINIQUE
CAS SUSPECT/CONTACT 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.
IF NOT AVAILABLE, WRITE THE NAME, SURNAME, DATE OF BIRTH AND FILE NUMBER.

Section 1 – RENSEIGNEMENTS PERSONNELS

Sexe : M F No de téléphone : _____ Identifiant Facebook ou courriel : _____
 No maison : _____ Nb de résidents : _____ Nb de chambres : _____
 Raison d'évaluation : Contact d'un cas actif Recherche d'un cas source Sur demande d'un professionnel
 Sur demande du patient Autre : _____

CAS INDEX Date de naissance : ____/____/____ No dossier : _____ Date de Diagnostic : ____/____/____
 Informations RXP : Cavitaire Non cavitaire BK : Frottis (+) Frottis (-) Culture (+) Culture (-) Inconnu

LIEU ET CARACTÉRISATION DU CONTACT (plus d'une réponse possible)
 Maison du cas index Autre maison Travail École/Garderie Groupe social Autre : _____
 Endroit(s) de contact (préciser, ex. : no maison, école primaire/classe, employeur) : _____
 Si Maison du cas index ou Autre maison, dort dans la même chambre? : N O
 Fréquence de contact¹ (par sem.) : _____ Durée de contact : _____ hres Date du dernier contact : ____/____/____

ANTECEDENTS

Vaccination BCG² : N O Date(s) : ____/____/____ ____/____/____ ____/____/____
 TB active antérieure : N O Année : _____ Traitement complété N O Conforme (%) _____
 TB latente antérieure : N O Année : _____ Traitement complété INH ou RIF N O Conforme (%) _____
 TCT antérieur² : N O Date : ____/____/____ Résultat : ____mm Date : ____/____/____ Résultat : ____mm
 Date : ____/____/____ Résultat : ____mm Date : ____/____/____ Résultat : ____mm
 Quantiféron antérieur : N O Date : ____/____/____ Résultat : ____mm Date : ____/____/____ Résultat : ____mm

PROBLÈMES MÉDICAUX ACTUELS Aucun Inconnu Autre : _____
 Allergie connue à antituberculeux Cancer tête/cou Diabète Receveur d'organe sous Tx
 Insuffisance rénale chronique Maladie hépatique Immunodéficience immunosuppresseur

MÉDICAMENTS PRIS ACTUELLEMENT Aucun Autre : _____
 Anticonvulsif (préciser) : _____ Contraception hormonale (préciser) : _____
 Corticostéroïdes (préciser) : _____ Immunosuppresseur (préciser) : _____
 Grossesse ? N O N/A

Une fois l'information complétée, envoyer la section 1 à la DSPu : tuberculose-santepublique.nrbhss@ssss.gouv.gc.ca

Section 2 – FACTEURS DE RISQUE

Tabagisme N O Cigarettes par jour : _____
 Consommation d'alcool N O Quantité / Fréquence : _____
 Consommation de cannabis N O Quantité / Fréquence : _____ Lieu : _____
 Fréquentation de lieux de rassemblement N O (p. ex. : maisons de jeu, consommation de cannabis en groupe, etc.)
 Préciser les lieux si possible (no de maison, nom du propriétaire) : _____

AUTRES FACTEURS DE RISQUE au cours des 2 dernières années : Aucun
 Sans-abri (en ville)
 Incarcération antérieure. Préciser lieux/dates : _____
 Séjour dans autre(s) communauté(s) du Nunavut/Nunavut/extérieur de la région. Préciser lieux / dates : _____

¹ Important de bien remplir la fréquence (nombre de visites par semaine), la durée (nombre d'heures habituel de ces visites) et la date de dernier contact.
² Ne pas considérer le Tine test.
 (DSPu-TB_DETECT-EVAL-CLIN_V2022-06-07)

Investigations diagnostiques

Évaluation clinique cas suspect/contact

◆ Contexte de l'investigation

Si en présence d'un contact :

- ◆ Attention au secret médical
- ◆ Fréquence + durée = intensité !
- ◆ Date de dernier contact = permet de calculer la période-fenêtre



**ÉVALUATION CLINIQUE
CAS SUSPECT/CONTACT 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.
EMBOSSE HERE THE CARD OF INC OR UTHC.
IF NOT AVAILABLE, WRITE THE NAME, SURNAME,
DATE OF BIRTH AND FILE NUMBER.

Section 1 – RENSEIGNEMENTS PERSONNELS

Sexe : M F No de téléphone : _____ Identifiant Facebook ou courriel : _____
 No maison : _____ Nb de résidents : _____ Nb de chambres : _____

Raison d'évaluation : Contact d'un cas actif Recherche d'un cas source Sur demande d'un professionnel
 Sur demande du patient Autre : _____

CAS INDEX Date de naissance : ____/____/____ No dossier : _____ Date de Diagnostic : ____/____/____
 Informations RXP : Cavitaire Non cavitaire BK : Frottis (+) Frottis (-) Culture (+) Culture (-) Inconnu

LIEU ET CARACTÉRISATION DU CONTACT (plus d'une réponse possible)

Maison du cas index Autre maison Travail Ecole/Garderie Groupe social Autre : _____

Endroit(s) de contact (préciser, ex. : no maison, école primaire / classe, employeur) : _____
 Si Maison ou cas index ou Autre maison, dort dans la même chambre? : N O
 Fréquence de contact¹ (par sem.) : _____ Durée de contact : _____ hres Date du dernier contact : ____/____/____

ANTECÉDENTS

Vaccination BCG² : N O Date(s) : ____/____/____ ____/____/____ ____/____/____
 TB active antérieure : N O Année : _____ Traitement complété : N O Conforme (%) : _____
 TB latente antérieure : N O Année : _____ Traitement complété INH ou RIF : N O Conforme (%) : _____
 TCT antérieur² : N O Date : ____/____/____ Résultat : ____ mm Date : ____/____/____ Résultat : ____ mm
 Date : ____/____/____ Résultat : ____ mm Date : ____/____/____ Résultat : ____ mm

Quantiféron antérieur : N O Date : ____/____/____ Résultat : _____ Date : ____/____/____ Résultat : _____

PROBLÈMES MÉDICAUX ACTUELS Aucun Inconnu Autre : _____
 Allergie connue à antituberculeux Cancer tête/cou Diabète Receveur d'organe sous Tx
 Insuffisance rénale chronique Maladie hépatique Immunodéficience immunosuppresseur

MÉDICAMENTS PRIS ACTUELLEMENT Aucun Autre : _____
 Anticonvulsif (préciser) : _____ Contraception hormonale (préciser) : _____
 Corticostéroïdes (préciser) : _____ Immunosuppresseur (préciser) : _____
 Grossesse ? N O N/A

Une fois l'information complétée, envoyer la section 1 à la DSPu : tuberculose-santepublique.nrbhss@ssss.gouv.gc.ca

Section 2 – FACTEURS DE RISQUE

Tabagisme N O Cigarettes par jour : _____
 Consommation d'alcool N O Quantité / Fréquence : _____
 Consommation de cannabis N O Quantité / Fréquence : _____ Lieu : _____
 Fréquentation de lieux de rassemblement N O (p. ex. : maisons de jeu, consommation de cannabis en groupe, etc.)
 Préciser les lieux si possible (no de maison, nom du propriétaire) : _____

AUTRES FACTEURS DE RISQUE au cours des 2 dernières années : Aucun
 Sans-abri (en ville)
 Incarcération antérieure. Préciser lieux/dates : _____
 Séjour dans autre(s) communauté(s) du Nunavik/Nunavut/extérieur de la région. Préciser lieux / dates : _____

¹ Important de bien remplir la fréquence (nombre de visites par semaine), la durée (nombre d'heures habituel de ces visites) et la date de dernier contact.

² Ne pas considérer le Tine test.
(DSPu-TB_DETECT-EVAL-CLIN, V2022-06-07)

Investigations diagnostiques

Évaluation clinique cas suspect/contact

◆ Les ATCD

ATCD TB :

- ◆ BCG? = Risque-t-il d'influer le résultat du nouveau TCT? Si jeune enfant, est-il protégé?
- ◆ TCT ou QFT antérieur? = Infection ou maladie antérieure? Besoin d'un nouveau tct?
- ◆ ITL ou TB active antérieur? = Besoin d'un nouveau TCT? Traitement reçu? Risque d'évolution vers une TB active ou de rechute de sa TB active antérieure?

ATCD GÉNÉRAUX = Facteurs de risque ajoutés ?

- ◆ Immunosuppression? = risque d'un TCT faux-négatif
Immunosuppression / diabète? = risque augmenté de contracter l'infection et d'évoluer vers une TB active si infecté.
- ◆ Atcd hépatiques? = risque d'effets secondaires si traitement antituberculeux initié?
- ◆ traitement en cours? risque d'interactions médicamenteuses si traitement antituberculeux initié?
- ◆ Grossesse? = traitement retardé si ITL

ÉVALUATION CLINIQUE CAS SUSPECT/CONTACT D'UN CAS DE TB ACTIVE

Section 1 – RENSEIGNEMENTS PERSONNELS

Sexe : M F No de téléphone : _____ Identifiant Facebook ou courriel : _____
 No maison : _____ Nb de résidents : _____ Nb de chambres : _____
 Raison d'évaluation : Contact d'un cas actif Recherche d'un cas source Sur demande d'un professionnel
 Sur demande du patient Autre : _____

CAS INDEX Date de naissance : ____/____/____ No dossier : _____ Date de Diagnostic : ____/____/____
 Informations RXP : Cavitaire Non cavitaire BK : Frottis (+) Frottis (-) Culture (+) Culture (-) Inconnu

LIEU ET CARACTÉRISATION DU CONTACT (plus d'une réponse possible)
 Maison du cas index Autre maison Travail École/Garderie Groupe social Autre : _____
 Endroit(s) de contact (préciser, ex. : no maison, école primaire / classe, employeur) : _____
 Si *Maison du cas index* ou *Autre maison*, dort dans la même chambre? : N O
 Fréquence de contact¹ (par sem.) : _____ Durée de contact : _____ hres Date du dernier contact : ____/____/____

ANTÉCÉDENTS

Vaccination BCG : N O Date(s) : ____/____/____ ____/____/____ ____/____/____
 TB active antérieure : N O Année : _____ Traitement complété N O Conforme (%)
 TB latente antérieure : N O Année : _____ Traitement complété **INH ou RIF** N O Conforme (%)
 TCT antérieur² : N O Date : ____/____/____ Résultat : ____ mm Date : ____/____/____ Résultat : ____ mm
 Date : ____/____/____ Résultat : ____ mm Date : ____/____/____ Résultat : ____ mm

Quantiféron antérieur : N O Date : ____/____/____ Résultat : ____ mm Date : ____/____/____ Résultat : ____ mm

PROBLÈMES MÉDICAUX ACTUELS

Allergie connue à antituberculeux Aucun Inconnu Autre : _____
 Insuffisance rénale chronique Cancer tête/cou Diabète Receveur d'organe sous Tx
 Maladie hépatique Immunodéficience immunosuppressif

MÉDICAMENTS PRIS ACTUELLEMENT Aucun Autre : _____
 Anticonvulsif (préciser) : _____ Contraception hormonale (préciser) : _____
 Corticostéroïdes (préciser) : _____ Immunosuppressif (préciser) : _____
 Grossesse ? N O N/A

Une fois l'information complétée, envoyer la section 1 à la DSPu : tuberculose-santepublique.nrbhss@ssss.gouv.qc.ca

Section 2 – FACTEURS DE RISQUE

Tabagisme N O Cigarettes par jour : _____
 Consommation d'alcool N O Quantité / Fréquence : _____
 Consommation de cannabis N O Quantité / Fréquence : _____ Lieu : _____
 Fréquentation de lieux de rassemblement N O (p. ex. : maisons de jeu, consommation de cannabis en groupe, etc.)
 Préciser les lieux si possible (no de maison, nom du propriétaire) : _____

AUTRES FACTEURS DE RISQUE au cours des 2 dernières années : Aucun
 Sans-abri (en ville)
 Incarcération antérieure. Préciser lieux/dates : _____
 Séjour dans autre(s) communauté(s) du Nunavik/Nunavut/extérieur de la région. Préciser lieux/dates : _____

¹ Important de bien remplir la fréquence (nombre de visites par semaine), la durée (nombre d'heures habituel de ces visites) et la date de dernier contact.
² Ne pas considérer le Tine test.
 (DSPu-TB_DETECT-EVAL-CLIN_V2022-06-07)

1 de 2
DOSSIER CLSC

Investigations diagnostiques

Évaluation clinique cas suspect/contact

◆ Contexte de l'investigation et ATCDs

Envoyer à la DSPu une fois la
section 1 complétée



Centre de Santé et Services Sociaux Inuvialuk
Inuvialuk Health & Social Services Centre
Nunavut, Québec J0B 1P6
T 019 986-2107 / F 019 986-2706

UNGAVA TULIATTVIK HEALTH CENTER
CENTRE DE SANTÉ TULIATTVIK 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 YOUR NAME, SURNAME,
DATE OF BIRTH AND FILE NUMBER

ÉVALUATION CLINIQUE CAS SUSPECT/CONTACT D'UN CAS DE TB ACTIVE

Section 1 – RENSEIGNEMENTS PERSONNELS

Sexe : M F No de téléphone : _____ Identifiant Facebook ou courriel : _____
 No maison : _____ Nb de résidents : _____ Nb de chambres : _____
 Raison d'évaluation : Contact d'un cas actif Recherche d'un cas source Sur demande d'un professionnel
 Sur demande du patient Autre : _____

CAS INDEX Date de naissance : ____/____/____ No dossier : _____ Date de Diagnostic : ____/____/____
 Informations RXP : Cavitaire Non cavitaire BK : Frottis (+) Frottis (-) Culture (+) Culture (-) Inconnu

LIEU ET CARACTÉRISATION DU CONTACT (plus d'une réponse possible)

Maison du cas index Autre maison Travail École/Garderie Groupe social Autre : _____
 Endroit(s) de contact (préciser, ex. : no maison, école primaire / classe, employeur) : _____
 Si *Maison du cas index* ou *Autre maison*, dort dans la même chambre? : N O
 Fréquence de contact¹ (par sem.) : _____ Durée de contact : _____ hres Date du dernier contact : ____/____/____

ANTÉCÉDENTS

Vaccination BCG² : N O Date(s) : ____/____/____ ____/____/____ ____/____/____
 TB active antérieure : N O Année : _____ Traitement complété N O Conforme (%) _____
 TB latente antérieure : N O Année : _____ Traitement complété **INH** ou **RIF** N O Conforme (%) _____
 TCT antérieur² : N O Date : ____/____/____ Résultat : ____ mm Date : ____/____/____ Résultat : ____ mm
 Date : ____/____/____ Résultat : ____ mm Date : ____/____/____ Résultat : ____ mm

Quantiféron antérieur : N O Date : ____/____/____ Résultat : _____ Date : ____/____/____ Résultat : _____

PROBLÈMES MÉDICAUX ACTUELS

Aucun Inconnu Autre : _____
 Allergie connue à antituberculeux Cancer tête/cou Diabète Receveur d'organe sous Tx
 Insuffisance rénale chronique Maladie hépatique Immunodéficience immunosuppresseif

MÉDICAMENTS PRIS ACTUELLEMENT Aucun Autre : _____
 Anticonvulsif (préciser) : _____ Contraception hormonale (préciser) : _____
 Corticostéroïdes (préciser) : _____ Immunosuppresseif (préciser) : _____
 Grossesse ? N O N/A

Une fois l'information complétée, envoyer la section 1 à la DSPu : tuberculose-santepublique.nrbhss@ssss.gouv.qc.ca

Section 2 – FACTEURS DE RISQUE

Tabagisme N O Cigarettes par jour : _____
 Consommation d'alcool N O Quantité / Fréquence : _____
 Consommation de cannabis N O Quantité / Fréquence : _____ Lieu : _____
 Fréquentation de lieux de rassemblement N O (p. ex. : maisons de jeu, consommation de cannabis en groupe, etc.)
 Préciser les lieux si possible (no de maison, nom du propriétaire) : _____

AUTRES FACTEURS DE RISQUE au cours des 2 dernières années : Aucun

Sans-abri (en ville)
 Incarcération antérieure. Préciser lieux/dates : _____
 Séjour dans autre(s) communauté(s) du Nunavik/Nunavut/extérieur de la région. Préciser lieux / dates : _____

¹ Important de bien remplir la fréquence (nombre de visites par semaine), la durée (nombre d'heures habituel de ces visites) et la date de dernier contact.
² Ne pas considérer le Tine test.
 (DSPu-TB_DETECT-EVAL-CLIN_V2022-06-07)

Investigations diagnostiques

Évaluation clinique cas suspect/contact

◆ Facteurs de risque

- ◆ Tabagisme = terrain favorable à la TB
- ◆ ROH = risque d'hépatotoxicité durant le traitement
- ◆ Contexte THC important : où, quand, comment?
- ◆ Sans-abri à Montréal : risque d'une TB pharmacorésistante
- ◆ Incarcération : gestion particulière
- ◆ Autres villages : éclosions en cours ? Nunavut : TB pharmacorésistante?

ÉVALUATION CLINIQUE
CAS SUSPECT/CONTACT D'UN CAS DE TB ACTIVE

Section 1 – RENSEIGNEMENTS PERSONNELS

Sexe : M F No de téléphone : _____ Identifiant Facebook ou courriel : _____
 No maison : _____ Nb de résidents : _____ Nb de chambres : _____

Raison d'évaluation : Contact d'un cas actif Recherche d'un cas source Sur demande d'un professionnel
 Sur demande du patient Autre : _____

CAS INDEX Date de naissance : aaaa / mm / jj No dossier : _____ Date de Diagnostic : aaaa / mm / jj

Informations RXP : Cavitaire Non cavitaire BK : Frottis (+) Frottis (-) Culture (+) Culture (-) Inconnu

LIEU ET CARACTÉRISATION DU CONTACT (plus d'une réponse possible)

Maison du cas index Autre maison Travail École / Garderie Groupe social Autre : _____

Endroit(s) de contact (préciser, ex. : no maison, école primaire / classe, employeur) : _____
 Si *Maison du cas index* ou *Autre maison*, dort dans la même chambre? : N O

Fréquence de contact¹ (par sem.) : _____ Durée de contact : _____ hres Date du dernier contact : aaaa / mm / jj

ANTÉCÉDENTS

Vaccination BCG² : N O Date(s) : aaaa / mm / jj aaaa / mm / jj aaaa / mm / jj

TB active antérieure : N O Année : _____ Traitement complété : N O Conforme (%) : _____

TB latente antérieure : N O Année : _____ Traitement complété **INH** ou **RIF** : N O Conforme (%) : _____

TCT antérieur² : N O Date : aaaa / mm / jj Résultat : mm Date : aaaa / mm / jj Résultat : mm
 Date : aaaa / mm / jj Résultat : mm Date : aaaa / mm / jj Résultat : mm

Quantiféron antérieur : N O Date : aaaa / mm / jj Résultat : _____ Date : aaaa / mm / jj Résultat : _____

PROBLÈMES MÉDICAUX ACTUELS

Allergie connue à antituberculeux Aucun Inconnu Autre : _____
 Insuffisance rénale chronique Cancer tête/cou Diabète Receveur d'organe sous Tx
 Maladie hépatique Immunodéficience immunosuppresseif

MÉDICAMENTS PRIS ACTUELLEMENT Aucun Autre : _____

Anticonvulsif (préciser) : _____ Contraception hormonale (préciser) : _____
 Corticostéroïdes (préciser) : _____ Immunosuppresseif (préciser) : _____
 Grossesse ? N O N/A

Une fois l'information complétée, envoyer la section 1 à la DSPu : tuberculose-santepublique.nrbhss@ssss.gouv.gc.ca

Section 2 – FACTEURS DE RISQUE

Tabagisme N O Cigarettes par jour : _____

Consommation d'alcool N O Quantité / Fréquence : _____

Consommation de cannabis N O Quantité / Fréquence : _____ Lieu : _____

Fréquentation de lieux de rassemblement N O (p. ex. : maisons de jeu, consommation de cannabis en groupe, etc.)
 Préciser les lieux si possible (no de maison, nom du propriétaire) : _____

AUTRES FACTEURS DE RISQUE (sur cours de 24 dernières années) : Aucun

Sans-abri (en ville)

Incarcération antérieure. Préciser lieux/dates : _____

Séjour dans autre(s) communauté(s) du Nunavik/Nunavut/extérieur de la région. Préciser lieu / dates : _____

¹ Important de bien remplir la fréquence (nombre de visites par semaine), la durée (nombre d'heures habituel de ces visites) et la date de dernier contact.

² Ne pas considérer le Tine test.
 (DSPu-TB_DETECT-EVAL-CLIN_V2022-06-07)

Investigations diagnostiques

Évaluation clinique cas suspect/contact

- ◆ Page 2 :
- ◆ Évaluation clinique #1
- ◆ Évaluation clinique #2
- ◆ Conduite médicale

Nom : _____ Prénom : _____ No de dossier : _____

Section 3 – ÉVALUATION CLINIQUE INITIALE

SYMPTÔMES

Toux inhabituelle > 3 sem. N O Date de début : aaaa / mm / jj

Expectorations N O Durée sem. Douleur thoracique N O Durée sem.

Hémoptysie N O Durée sem. Fièvre persistante N O Durée sem.

Dyspnée N O Durée sem. Sueurs nocturnes N O Durée sem.

Perte de pds inexpliquée N O kg Fatigue N O Durée sem.

Autre : _____

EXAMEN PHYSIQUE

Poids actuel : kg Poids antérieur : kg Date : aaaa / mm / jj

Auscultation pulmonaire : Normale Anormale Préciser : _____

Examen physique (adénopathies, érythème noueux) : Préciser : _____

Date de l'évaluation : aaaa / mm / jj Infirmière : _____

Vaccin C-19 ou vivant (RR0, RRO-Var, Zona, Typhoïde, Flumist) reçu dans les 4 dernières semaines³: N O → Date : aaaa / mm / jj

TCT #1 requis⁴ N O TCT réalisé le : aaaa / mm / jj Heure : No de lot : Site : Infirmière : _____

Lecture du TCT le : aaaa / mm / jj Heure : Résultat TCT : mm Infirmière : _____

À l'issue de l'évaluation clinique initiale, envoyer les sections 1-2-3 à la DSPu : tuberculose-santepublique.nrbhss@sss.gov.qc.ca

Section 4 – ÉVALUATION CLINIQUE DE SUIVI⁵

Date prévue : aaaa / mm / jj

SYMPTÔMES

Toux inhabituelle > 3 sem. N O Date de début : aaaa / mm / jj

Expectorations N O Durée sem. Douleur thoracique N O Durée sem.

Hémoptysie N O Durée sem. Fièvre persistante N O Durée sem.

Dyspnée N O Durée sem. Sueurs nocturnes N O Durée sem.

Perte de pds inexpliquée N O kg Fatigue N O Durée sem.

Autre : _____

EXAMEN PHYSIQUE

Poids actuel : kg

Auscultation pulmonaire : Normale Anormale Préciser : _____

Examen physique (adénopathies, érythème noueux) : Préciser : _____

Date de l'évaluation : aaaa / mm / jj Infirmière : _____

Vaccin C-19 ou vivant (RR0, RRO-Var, Zona, Typhoïde, Flumist) reçu dans les 4 dernières semaines³: N O → Date : aaaa / mm / jj

TCT #2 requis N O TCT réalisé le : aaaa / mm / jj Heure : No de lot : Site : Infirmière : _____

Lecture du TCT le : aaaa / mm / jj Heure : Résultat TCT : mm Infirmière : _____

Section 5 – CONDUITE MÉDICALE À TENIR

RXP requis⁵ N O Date RXP réalisée : aaaa / mm / jj

BK X 3 requis N O Dates: Expecto #1 aaaa / mm / jj Expecto #2 aaaa / mm / jj Expecto #3 aaaa / mm / jj
(incluant GeneXpert X 1)

Suivi médical :

Congé Traitement ITL

Suivi clinico-radiologique Prophylaxie

Traitement TB active période-fenêtre

Impression clinique : _____

SIGNATURE DU MÉDECIN : _____ DATE : aaaa / mm / jj

À l'issue de l'investigation complète, envoyer ce document à la DSPu : tuberculose-santepublique.nrbhss@sss.gov.qc.ca

³ Si oui, administrer TCT le même jour ou 4 semaines après l'administration du vaccin en question (se référer au PIQ).

⁴ Chez l'enfant < 5 ans vacciné BCG et identifié contact : si non déjà connu ITL, et asymptomatique avec une RXP normale, faire un TCT seulement à 8 semaines post-dernier contact (= à la fin de la période-fenêtre).

⁵ À faire si TCT # 2 requis ou à la demande du médecin. Inscrire la date prévue du rendez-vous à l'agenda.

⁶ Toute radiographie pulmonaire (à 3 incidences) faite chez un individu ≥ 5 ans dans les 3 mois précédant le diagnostic du cas source présumé peut être considérée comme la radiographie initiale et ne pas être répétée lors de l'enquête, à la condition que cet individu soit demeuré asymptomatique et que le cas source présumé soit à frottis négatif.

(DSPu-TB_DETECT-EVAL-CLIN_V2022-06-07)

Investigations diagnostiques

Évaluation clinique cas suspect/contact

- ◆ Évaluation clinique #1
- ◆ Un TCT s'accompagne toujours d'une évaluation clinique.
- ◆ Durée ou date de début des sx : permet de déterminer la période de contagiosité.
- ◆ Si TCT nécessaire : vaccin vivant ?
- ◆ Envoyer à la DSPu une fois l'évaluation clinique #1 complétée

Nom : _____ Prénom : _____ No de dossier : _____

Section 3 – ÉVALUATION CLINIQUE INITIALE

SYMPTÔMES

Toux inhabituelle > 3 sem. N O Date de début : ____ / ____ / ____

Expectorations N O Durée ____ sem. Douleur thoracique N O Durée ____ sem.

Hémoptysie N O Durée ____ sem. Fièvre persistante N O Durée ____ sem.

Dyspnée N O Durée ____ sem. Sueurs nocturnes N O Durée ____ sem.

Perte de pds inexpliquée N O ____ kg Fatigue N O Durée ____ sem.

Autre : _____

EXAMEN PHYSIQUE

Poids actuel : ____ kg Poids antérieur : ____ kg Date : ____ / ____ / ____

Auscultation pulmonaire : Normale Anormale Préciser : _____

Examen physique (adénopathies, érythème noueux) : Préciser : _____

Date de l'évaluation : ____ / ____ / ____ Infirmière : _____

Vaccin C-19 ou vivant (RRO, RRO-Var, Zona, Typhoïde, Flumist) reçu dans les 4 dernières semaines³: N O → Date : ____ / ____ / ____

TCT #1 requis⁴ N O TCT réalisé le : ____ / ____ / ____ Heure : ____ No de lot : ____ Site : ____ Infirmière : ____

Lecture du TCT le : ____ / ____ / ____ Heure : ____ Résultat TCT : ____ mm Infirmière : ____

À l'issue de l'évaluation clinique initiale, envoyer les sections 1-2-3 à la DSPu : tuberculose-santepublique.nrbhss@sss.gov.qc.ca

Section 4 – ÉVALUATION CLINIQUE DE SUIVI⁵

Date prévue : ____ / ____ / ____

SYMPTÔMES

Toux inhabituelle > 3 sem. N O Date de début : ____ / ____ / ____

Expectorations N O Durée ____ sem. Douleur thoracique N O Durée ____ sem.

Hémoptysie N O Durée ____ sem. Fièvre persistante N O Durée ____ sem.

Dyspnée N O Durée ____ sem. Sueurs nocturnes N O Durée ____ sem.

Perte de pds inexpliquée N O ____ kg Fatigue N O Durée ____ sem.

Autre : _____

EXAMEN PHYSIQUE

Poids actuel : ____ kg

Auscultation pulmonaire : Normale Anormale Préciser : _____

Examen physique (adénopathies, érythème noueux) : Préciser : _____

Date de l'évaluation : ____ / ____ / ____ Infirmière : _____

Vaccin C-19 ou vivant (RRO, RRO-Var, Zona, Typhoïde, Flumist) reçu dans les 4 dernières semaines³: N O → Date : ____ / ____ / ____

TCT #2 requis N O TCT réalisé le : ____ / ____ / ____ Heure : ____ No de lot : ____ Site : ____ Infirmière : ____

Lecture du TCT le : ____ / ____ / ____ Heure : ____ Résultat TCT : ____ mm Infirmière : ____

Section 5 – CONDUITE MÉDICALE À TENIR

RXP requis⁶ N O Date RXP réalisé : ____ / ____ / ____

BK X 3 requis N O Dates: Expecto #1 ____ / ____ / ____ Expecto #2 ____ / ____ / ____ Expecto #3 ____ / ____ / ____
(incluant GeneXpert X 1)

Suivi médical : Congé Traitement ITL

Suivi clinico-radiologique Prophylaxie

Traitement TB active période-fenêtre

Impression clinique : _____

SIGNATURE DU MÉDECIN : _____ DATE : ____ / ____ / ____

À l'issue de l'investigation complète, envoyer ce document à la DSPu : tuberculose-santepublique.nrbhss@sss.gov.qc.ca

³ Si oui, administrer TCT le même jour ou 4 semaines après l'administration du vaccin en question (se référer au PIQ).

⁴ Chez l'enfant < 5 ans vacciné BCG et identifié contact : si non déjà connu ITL, et asymptomatique avec une RXP normale, faire un TCT seulement à 8 semaines post-dernier contact (= à la fin de la période-fenêtre).

⁵ À faire si TCT # 2 requis ou à la demande du médecin. Inscrire la date prévue du rendez-vous à l'agenda.

⁶ Toute radiographie pulmonaire (à 3 incidences) faite chez un individu ≥ 5 ans dans les 3 mois précédant le diagnostic du cas source présumé peut être considérée comme la radiographie initiale et ne pas être répétée lors de l'enquête, à la condition que cet individu soit demeuré asymptomatique et que le cas source présumé soit à frottis négatif.

(DSPu-TB_DETECT-EVAL-CLIN, V2022-06-07)

Investigations diagnostiques

Évaluation clinique cas suspect/contact

◆ Évaluation clinique #2

- ◆ Post période-fenêtre
- ◆ Envoyer à la DSPu une fois l'évaluation clinique #2 complétée

Nom : _____ Prénom : _____ No de dossier : _____

Section 3 – ÉVALUATION CLINIQUE INITIALE

SYMPTÔMES

Toux inhabituelle > 3 sem. N O Date de début : ____/____/____

Expectorations N O Durée ____ sem. Douleur thoracique N O Durée ____ sem.

Hémoptysie N O Durée ____ sem. Fièvre persistante N O Durée ____ sem.

Dyspnée N O Durée ____ sem. Sueurs nocturnes N O Durée ____ sem.

Perte de pds inexpliquée N O ____ kg Fatigue N O Durée ____ sem.

Autre : _____

EXAMEN PHYSIQUE

Poids actuel : ____ kg Poids antérieur : ____ kg Date : ____/____/____

Auscultation pulmonaire : Normale Anormale Préciser : _____

Examen physique (adénopathies, érythème noueux) : _____ Préciser : _____

Date de l'évaluation : ____/____/____ Infirmière : _____

Vaccin C-19 ou vivant (RRO, RRO-Var, Zona, Typhoïde, Flumist) reçu dans les 4 dernières semaines³: N O → Date : ____/____/____

TCT #1 requis⁴ N O TCT réalisé le : ____/____/____ Heure : ____ No de lot : ____ Site : ____ Infirmière : ____

Lecture du TCT le : ____/____/____ Heure : ____ Résultat TCT : ____ mm Infirmière : ____

À l'issue de l'évaluation clinique initiale, envoyer les sections 1-2-3 à la DSPu : tuberculose-santepublique.nrbhss@sss.gouv.qc.ca

Section 4 – ÉVALUATION CLINIQUE DE SUIVI⁵

Date prévue : ____/____/____

SYMPTÔMES

Toux inhabituelle > 3 sem. N O Date de début : ____/____/____

Expectorations N O Durée ____ sem. Douleur thoracique N O Durée ____ sem.

Hémoptysie N O Durée ____ sem. Fièvre persistante N O Durée ____ sem.

Dyspnée N O Durée ____ sem. Sueurs nocturnes N O Durée ____ sem.

Perte de pds inexpliquée N O ____ kg Fatigue N O Durée ____ sem.

Autre : _____

EXAMEN PHYSIQUE

Poids actuel : ____ kg

Auscultation pulmonaire : Normale Anormale Préciser : _____

Examen physique (adénopathies, érythème noueux) : _____ Préciser : _____

Date de l'évaluation : ____/____/____ Infirmière : _____

Vaccin C-19 ou vivant (RRO, RRO-Var, Zona, Typhoïde, Flumist) reçu dans les 4 dernières semaines³: N O → Date : ____/____/____

TCT #2 requis N O TCT réalisé le : ____/____/____ Heure : ____ No de lot : ____ Site : ____ Infirmière : ____

Lecture du TCT le : ____/____/____ Heure : ____ Résultat TCT : ____ mm Infirmière : ____

Section 5 – CONDUITE MÉDICALE À TENIR

RXP requis⁶ N O Date RXP réalisé : ____/____/____

BK X 3 requis N O Dates: Expecto #1 ____/____/____ Expecto #2 ____/____/____ Expecto #3 ____/____/____
(incluant GeneXpert X 1)

Suivi médical : Congé Traitement ITL

Suivi clinico-radiologique Prophylaxie

Traitement TB active période-fenêtre

Impression clinique : _____

SIGNATURE DU MÉDECIN : _____ DATE : ____/____/____

À l'issue de l'investigation complète, envoyer ce document à la DSPu : tuberculose-santepublique.nrbhss@sss.gouv.qc.ca

³ Si oui, administrer TCT le même jour ou 4 semaines après l'administration du vaccin en question (se référer au PIQ).

⁴ Chez l'enfant < 5 ans vacciné BCG et identifié contact : si non déjà connu ITL, et asymptomatique avec une RXP normale, faire un TCT seulement à 8 semaines post-dernier contact (= à la fin de la période-fenêtre).

⁵ À faire si TCT # 2 requis ou à la demande du médecin. Inscrire la date prévue du rendez-vous à l'agenda.

⁶ Toute radiographie pulmonaire (à 3 incidences) faite chez un individu ≥ 5 ans dans les 3 mois précédant le diagnostic du cas source présumé peut être considérée comme la radiographie initiale et ne pas être répétée lors de l'enquête, à la condition que cet individu soit demeuré asymptomatique et que le cas source présumé soit à frottis négatif.

(DSPu-TB_DETECT-EVAL-CLIN_V2022-06-07)

Investigations diagnostiques

Évaluation clinique cas suspect/contact

◆ Conduite médicale

- ◆ Si Sx et/ou tct significatif

—> RXP requise

- ◆ Si Sx et/ou rxp anormale

—> BK requis

- ◆ RXP et BK sont sur prescription médicale!

- ◆ Envoyer à la DSPu une fois la conduite médicale complétée

Nom : _____ Prénom : _____ No de dossier : _____

Section 3 – ÉVALUATION CLINIQUE INITIALE

SYMPTÔMES

Toux inhabituelle > 3 sem. N O Date de début : ____/____/____

Expectorations N O Durée : ____ sem. Douleur thoracique N O Durée : ____ sem.

Hémoptysie N O Durée : ____ sem. Fièvre persistante N O Durée : ____ sem.

Dyspnée N O Durée : ____ sem. Sueurs nocturnes N O Durée : ____ sem.

Perte de pds inexpliquée N O ____ kg Fatigue N O Durée : ____ sem.

Autre : _____

EXAMEN PHYSIQUE

Poids actuel : ____ kg Poids antérieur : ____ kg Date : ____/____/____

Auscultation pulmonaire : Normale Anormale Préciser : _____

Examen physique (adénopathies, érythème noueux) : _____ Préciser : _____

Date de l'évaluation : ____/____/____ Infirmière : _____

Vaccin C-19 ou vivant (RRO, RRO-Var, Zona, Typhoïde, Flumist) reçu dans les 4 dernières semaines³: N O → Date : ____/____/____

TCT #1 requis⁴ N O TCT réalisé le : ____/____/____ Heure : ____ No de lot : ____ Site : ____ Infirmière : ____

Lecture du TCT le : ____/____/____ Heure : ____ Résultat TCT : ____ mm Infirmière : ____

À l'issue de l'évaluation clinique initiale, envoyer les sections 1-2-3 à la DSPu : tuberculose-santepublique.nrbhss@sss.gouv.qc.ca

Section 4 – ÉVALUATION CLINIQUE DE SUIVI⁵

Date prévue : ____/____/____

SYMPTÔMES

Toux inhabituelle > 3 sem. N O Date de début : ____/____/____

Expectorations N O Durée : ____ sem. Douleur thoracique N O Durée : ____ sem.

Hémoptysie N O Durée : ____ sem. Fièvre persistante N O Durée : ____ sem.

Dyspnée N O Durée : ____ sem. Sueurs nocturnes N O Durée : ____ sem.

Perte de pds inexpliquée N O ____ kg Fatigue N O Durée : ____ sem.

Autre : _____

EXAMEN PHYSIQUE

Poids actuel : ____ kg

Auscultation pulmonaire : Normale Anormale Préciser : _____

Examen physique (adénopathies, érythème noueux) : _____ Préciser : _____

Date de l'évaluation : ____/____/____ Infirmière : _____

Vaccin C-19 ou vivant (RRO, RRO-Var, Zona, Typhoïde, Flumist) reçu dans les 4 dernières semaines³: N O → Date : ____/____/____

TCT #2 requis N O TCT réalisé le : ____/____/____ Heure : ____ No de lot : ____ Site : ____ Infirmière : ____

Lecture du TCT le : ____/____/____ Heure : ____ Résultat TCT : ____ mm Infirmière : ____

Section 5 – CONDUITE MÉDICALE À TENIR

RXP requis⁶ N O Date RXP réalisée : ____/____/____

BK X 3 requis N O Dates: Expecto #1 ____/____/____ Expecto #2 ____/____/____ Expecto #3 ____/____/____
(incluant GeneXpert X-1)

Suivi médical : Congé Traitement ITL

Suivi clinico-radiologique Prophylaxie

Traitement TB active période-fenêtre

Impression clinique : _____

SIGNATURE DU MÉDECIN : _____ DATE : ____/____/____

À l'issue de l'investigation complète, envoyer ce document à la DSPu : tuberculose-santepublique.nrbhss@sss.gouv.qc.ca

³ Si oui, administrer TCT le même jour ou 4 semaines après l'administration du vaccin en question (se référer au PIQ).

⁴ Chez l'enfant < 5 ans vacciné BCG et identifié contact : si non déjà connu ITL, et asymptomatique avec une RXP normale, faire un TCT seulement à 8 semaines post-dernier contact (= à la fin de la période-fenêtre).

⁵ À faire si TCT # 2 requis ou à la demande du médecin. Inscrivez la date prévue du rendez-vous à l'agenda.

⁶ Toute radiographie pulmonaire (à 3 incidences) faite chez un individu ≥ 5 ans dans les 3 mois précédant le diagnostic du cas source présumé peut être considérée comme la radiographie initiale et ne pas être répétée lors de l'enquête, à la condition que cet individu soit demeuré asymptomatique et que le cas source présumé soit à frottis négatif.

(DSPu-TB_DETECT-EVAL-CLIN_V2022-06-07)

Investigations diagnostiques

Évaluation clinique cas suspect/contact

◆ A retenir :

- ◆ Il vous est demandé d'envoyer le document à chaque étape de l'évaluation :

- ◆ lorsque section 1 complétée
- ◆ lorsque éval clinique faite
- ◆ systématiquement, une fois la conduite médicale signée par le MD.

ÉVALUATION CLINIQUE CAS SUSPECT/CONTACT D'UN CAS DE TB ACTIVE

Section 1 - RENSEIGNEMENTS PERSONNELS

Sexe : M F No de téléphone : _____ Identifiant Facebook ou courriel : _____
 No maison : _____ Nb de résidents : _____ Recherche d'un cas source : Sur demande d'un professionnel
 Raison d'évaluation : Contact d'un cas actif Recherche d'un cas source Sur demande d'un professionnel
 Sur demande du patient Autre : _____

CAS INDEX Date de naissance : ____/____/____ No dossier : _____ Date de Diagnostic : ____/____/____
 Informations RXP : Cavitaire Non cavitaire BK : Frottis (+) Frottis (-) Culture (+) Culture (-) Inconnu

LIEU ET CARACTÉRISATION DU CONTACT (plus d'une réponse possible)
 Maison du cas index Autre maison Travail École/Garderie Groupe social Autre : _____
 Endroit(s) de contact (préciser, ex. : no maison, école primaire/classe, employeur) : _____
 Si Maison du cas index ou Autre maison, dort dans la même chambre? N O
 Fréquence de contact* (par sem) : _____ Durée de contact : _____ hrs Date du dernier contact : ____/____/____

ANTÉCÉDENTS
 Vaccination BCG N O Date(s) ____/____/____ ____/____/____ ____/____/____
 TB active antérieure : N O Année : _____ Traitement complété N O Conforme (%) _____
 TB latente antérieure : N O Année : _____ Traitement complété NH ou RIF N O Conforme (%) _____
 TCT antérieur* : N O Date : ____/____/____ Résultat : _____ mm Date : ____/____/____ Résultat : _____ mm
 Date : ____/____/____ Résultat : _____ mm Date : ____/____/____ Résultat : _____ mm

Quantification antérieure : N O Date : ____/____/____ Résultat : _____ mm Date : ____/____/____ Résultat : _____ mm

PROBLÈMES MÉDICAUX ACTUELS
 Allergie connue à antituberculeux Aucun Inconnu Autre : _____
 Insuffisance rénale chronique Maladie hépatique Immunodéficience immunosuppressif
 Diabète Receveur d'organe sous Tx

MÉDICAMENTS PRIS ACTUELLEMENT
 Aucun Autre : _____
 Anticonvulsif (préciser) : _____ Contraception hormonale (préciser) : _____
 Corticostéroïdes (préciser) : _____ Immunosuppressif (préciser) : _____
 Grossesse ? N O N/A

Une fois l'information complétée, envoyer la section 1 à la DSPu : tuberculose-santepublique.nrbhs@ssss.gov.bc.ca

Section 2 - FACTEURS DE RISQUE
 Tabagisme N O Cigarettes par jour : _____
 Consommation d'alcool N O Quantité/Fréquence : _____ Lieu : _____
 Consommation de cannabis N O Quantité/Fréquence : _____ Lieu : _____
 Fréquentation de lieux de rassemblement N O (p. ex. : maisons de jeu, consommation de cannabis en groupe, etc.)
 Préciser les lieux si possible (no de maison, nom du propriétaire) : _____
AUTRES FACTEURS DE RISQUE au cours des 2 dernières années : Aucun
 Sans-abri (en ville)
 Incarcération antérieure. Préciser lieux/dates : _____
 Séjour dans **autres communautés** du Nunavut/Nunavut/extérieur de la région. Préciser lieux/dates : _____

* Important de bien remplir la fréquence (nombre de visites par semaine), la durée (nombre d'heures habituel de ces visites) et la date de dernier contact.
 * Ne pas considérer le Tine test.
 DSPu_TB_DETECT-EVAL-CLIN_V2022-06-07

Impression clinique
 Suivi médical : Congé Traitement ITL Prophylaxie Traitement TB active période-fenêtre
 Suivi clinico-radiologique Prophylaxie Traitement TB active période-fenêtre
 Signature du médecin : _____ DATE : ____/____/____
 À l'issue de l'investigation complétée, envoyer ce document à la DSPu : tuberculose-santepublique.nrbhs@ssss.gov.bc.ca

* Si oui, administrer TCT le même jour ou 4 semaines après l'administration du vaccin en question (se référer au PIQ).
 * Chez l'enfant < 5 ans vacciné BCG et identifié contact : si non déjà connu ITL, et asymptomatique avec une RXP normale, faire un TCT seulement à 8 semaines post-dernier contact ou à la fin de la période-fenêtre.
 * À faire si TCT # 2 requis ou à la demande du médecin. Inscrire la date prévue du rendez-vous à l'agenda.
 * Toute radiographie pulmonaire (à 3 incidences) faite chez un individu > 5 ans dans les 3 mois précédant le diagnostic du cas source présumé peut être considérée comme la radiographie initiale et ne pas être répétée lors de l'enquête, à la condition que cet individu soit demeuré asymptomatique et que le cas source présumé soit à frottis négatif.
 DSPu_TB_DETECT-EVAL-CLIN_V2022-06-07

Investigations diagnostiques

Demande de consultation RXP

Réservé à la
radiologie

 <p>Centre de Santé et Services Sociaux Inuitivik Inuitivik Health & Social Services Centre Puvungnuq, Québec, J2H 1P0 T 514 983-2057 / F 514 983-2750</p> <p>UNGAVA TULATTAVIK HEALTH CENTER CENTRE DE SANTÉ TULATTAVIK DE L'UNGAVA</p> <p><input type="checkbox"/> CENTRE DE SANTÉ TULATTAVIK DE L'UNGAVA <input type="checkbox"/> CENTRE DE SANTÉ INNULITSIVIK</p> <p>CONSULTATION EN RADIOLOGIE DIAGNOSTIQUE Tuberculose (TB)</p>	<p>IDENTIFICATION</p> <p>EMBOSSER ICI LA CARTE DU CSI ou CSTU SI NON DISPONIBLE, INSCRIRE LES PRÉNOM, NOM, DATE DE NAISSANCE ET NO. DOSSIER</p>
<p>Examen demandé : POUMONS</p> <p><input checked="" type="checkbox"/> Postéro-Antérieur <input checked="" type="checkbox"/> Latéral <input checked="" type="checkbox"/> Lordotique</p> <p>Examen antérieur <input type="checkbox"/> Oui <input type="checkbox"/> Non</p> <p><input type="checkbox"/> Hospitalisé <input type="checkbox"/> Urgence <input type="checkbox"/> Externe</p> <p><input type="checkbox"/> Ambulant <input type="checkbox"/> Fauteuil <input type="checkbox"/> Civière <input type="checkbox"/> Au lit</p>	<p>RÉSERVÉ AU TECHNOLOGUE EN RADIOLOGIE ÉTIQUETTE PATIENT</p>
<p><input checked="" type="checkbox"/> Lecture rapide svp <input type="checkbox"/> Patiente enceinte <input type="checkbox"/> Oui <input type="checkbox"/> Non</p> <p>Dernier TCT : ____ mm Date (aaaa/mm/jj) : ____</p> <p><input type="checkbox"/> TB active antérieure Année(s) : ____</p> <p><input type="checkbox"/> ITL antérieure Année : ____</p>	<p>Commentaires Médecin :</p> <p>Signature : _____ # Licence : _____</p> <p>Date de la requête (aaaa/mm/jj) : _____</p>
<p>Indication : Cocher un seul choix parmi les protocoles suivants</p> <ol style="list-style-type: none"> <input type="checkbox"/> Suspicion de TB active <input type="checkbox"/> Investigation d'un contact TB <input type="checkbox"/> Traitement de TB active en cours : <u>nombre</u> mois de tx <input type="checkbox"/> Évaluation pré-prophylaxie <input type="checkbox"/> Dépistage populationnel/ciblé 	<ol style="list-style-type: none"> <input type="checkbox"/> Suivi clinico-radiologique (SCR) : RXP # ____ d'une série de <u>nombre</u> ad année ____ <ol style="list-style-type: none"> <input type="checkbox"/> SCR post traitement ITL/TB active <input type="checkbox"/> SCR pour prophylaxie inadéquante <input type="checkbox"/> SCR post contact étroit réexposé à un cas de TB frottis (+) Date du dernier contact (aaaa/mm/jj) : _____
<p>PROTOCOLE RADIOLOGIQUE (Partie réservée au technologue en radiologie)</p> <p>Nombre d'images : _____ Signature : _____</p>	

Investigations diagnostiques

Protocole d'induction des expectorations

- ◆ Cette procédure nécessite une ordonnance médicale individuelle.
- ◆ Quatre échantillons d'expectorations sont requis (GeneXpert X 1 et frottis/cultures X 3)



Titre :	PROTOCOLE
Sous-titre :	Protocole d'induction des expectorations pour la recherche des BK
Responsable de l'application :	Direction des soins infirmiers
Approuvée par :	CMDPSF <input checked="" type="checkbox"/> Comité des dossiers <input checked="" type="checkbox"/>
Approuvée le :	2020-03-03
Révisée le :	2019-01-23 Aurélie Heurtebize, Inf, BScN/ Jean-François Laplante, Inf BScN
Destinataire(s) :	Tous les infirmiers(ères)

PRÉAMBULE

L'induction des expectorations est la technique à privilégier pour recueillir des échantillons. Avec cette technique, à peu près tous les patients produiront des expectorations (sauf exception : voir Contre-indications et conduites à tenir).

PRINCIPE

Cette procédure nécessite une ordonnance médicale individuelle. Elle consiste à utiliser une solution hypertonique qui irrite les voies respiratoires ce qui engendre une augmentation des sécrétions, une induction de toux et résulte en une production d'expectorations.

BUT

Obtenir des échantillons de sécrétions bronchiques de qualité et en quantité suffisante pour confirmer la présence microbiologique de *Mycobacterium tuberculosis* chez toute personne suspectée de TB active.

Quatre échantillons d'expectorations sont requis (GeneXpert PCR X 1 et BK frottis/cultures X 3)¹. Les prélèvements peuvent être effectués le même jour, à au moins une heure d'intervalle. Ils peuvent aussi être faits sur trois jours consécutifs. À noter que les prélèvements pour le GeneXpert et le premier BK peuvent être recueillis en même temps, mais doivent être récoltés dans deux contenants différents (Voir Procédures).

¹ La recommandation de Dr Faiz Khan et des laboratoires sont d'obtenir un échantillon pour le GeneXpert et trois pour les frottis et cultures.

Investigations diagnostiques

Protocole d'induction des expectorations

- ◆ Cette procédure nécessite une ordonnance médicale individuelle.
- ◆ Quatre échantillons d'expectorations sont requis (GeneXpert X 1 et frottis/cultures X 3)
- ◆ Les prélèvements peuvent être effectués le même jour, à au moins une heure d'intervalle.



Titre :	PROTOCOLE
Sous-titre :	Protocole d'induction des expectorations pour la recherche des BK
Responsable de l'application :	Direction des soins infirmiers
Approuvée par :	CMDPSF <input checked="" type="checkbox"/> Comité des dossiers <input checked="" type="checkbox"/>
Approuvée le :	2020-03-03
Révisée le :	2019-01-23 Aurélie Heurtebize, Inf, BScN/ Jean-François Laplante, Inf BScN
Destinaire(s) :	Tous les infirmiers(ères)

PRÉAMBULE

L'induction des expectorations est la technique à privilégier pour recueillir des échantillons. Avec cette technique, à peu près tous les patients produiront des expectorations (sauf exception : voir Contre-indications et conduites à tenir).

PRINCIPE

Cette procédure nécessite une ordonnance médicale individuelle. Elle consiste à utiliser une solution hypertonique qui irrite les voies respiratoires ce qui engendre une augmentation des sécrétions, une induction de toux et résulte en une production d'expectorations.

BUT

Obtenir des échantillons de sécrétions bronchiques de qualité et en quantité suffisante pour confirmer la présence microbiologique de *Mycobacterium tuberculosis* chez toute personne suspectée de TB active.

Quatre échantillons d'expectorations sont requis (GeneXpert PCR X 1 et BK frottis/cultures X 3)¹. Les prélèvements peuvent être effectués le même jour, à au moins une heure d'intervalle. Ils peuvent aussi être faits sur trois jours consécutifs. À noter que les prélèvements pour le GeneXpert et le premier BK peuvent être recueillis en même temps, mais doivent être récoltés dans deux contenants différents (Voir Procédures).

¹ La recommandation de Dr Faiz Khan et des laboratoires sont d'obtenir un échantillon pour le GeneXpert et trois pour les frottis et cultures.

Investigations diagnostiques

Protocole d'induction des expectorations

- ◆ Une affiche avec l'heure précise où la quarantaine de la pièce pourra être levée
- ◆ Personnel soignant/parent = Masque N95 à mettre/retirer à l'extérieur de la chambre/tente
- ◆ Patient = masque chir

PERSONNES CONCERNÉES

Ce protocole s'adresse au personnel de la santé qui devra effectuer cette procédure chez toute personne nécessitant une recherche de BK à partir de spécimens d'expectorations provoquées ou d'aspirations des sécrétions nasopharyngées (pédiatrie).

MODALITÉS D'APPLICATION

La procédure est considérée à haut risque de transmission puisqu'il y a un risque de générer des aérosols infectés par *Mycobacterium tuberculosis*. Cette procédure doit être réalisée dans des conditions de ventilations particulières (chambre à pression négative ou tente à BK) et avec l'application de précautions additionnelles aériennes (voir Modalités d'application plus bas).

Précautions additionnelles aériennes² :

- Une affiche doit être apposée sur la porte informant des précautions additionnelles aériennes sur laquelle une note manuelle ou autocollante indiquera l'heure précise où la quarantaine de la pièce pourra être levée (voir plus bas la durée de l'attente suggérée selon le type de pièce utilisée).
- Masque N95 pour le personnel de la santé et autres intervenants (test d'ajustement dans les deux dernières années ou s'il y a une perte/gain de poids de plus de 10 lbs ou 4,5 kg). Masque à usage unique, à mettre/retirer à l'extérieur de la chambre (tente) à pression négative.
- Masque chirurgical pour l'usager : la personne suspectée ou confirmée de TB active doit porter un masque chirurgical ou de procédure lorsqu'il circule dans les aires publiques avant/après les examens/dépistages. Le but du masque est de bloquer les grosses gouttelettes respiratoires produites par la toux, la parole et la respiration. Ce masque n'est pas efficace pour de longues périodes. Il doit être changé s'il est humide.

Chambre à pression négative :

Garder la porte et les fenêtres fermées en tout temps. Selon la norme CSA Z317.2 2015, une chambre à pression négative doit avoir au minimum 12 changements d'air à l'heure (CAH). Il est important de respecter un délai minimum de 35 minutes entre chaque nouvel usager. Selon le tableau du Francis J. Curry National Tuberculosis Center³ 90 % de l'air est « renouvelé » 12 minutes après le départ de l'usager et 99.9% de l'air est « renouvelé » après 35 minutes. (Basée sur 12 CAH). L'entretien ménager doit être fait entre chaque usager et ce, après le dépôt complet des micro-organismes sur les objets et surfaces dans le local : nettoyer et désinfecter le matériel réutilisable avec des lingettes désinfectantes.

Tentes portatives à pression négative :

Ces tentes sont associées à un *portable scrubber* (local *exhaust ventilation*) qui aspire l'air via un filtre HEPA, et une lumière germicide ultraviolet. Ces tentes sont disponibles par l'entremise du service biomédical de votre centre de santé, et fournies par la RRSSN. Sur l'appareil, il y a des lumières pour indiquer quand changer les filtres. Il y a une lumière verte pour dire que la lumière UV est en fonction. S'assurer que l'appareil à pression négative est en fonction avant le test. L'objectif est

² Guides généraux de PCI, Notions de base en prévention et contrôle des infections (2018). <https://www.inspq.qc.ca/infectionsnosocomiales>

³ Francis J. Curry National Tuberculosis Center, 2004. *How long does it take to clear the air in an isolation or high-risk procedure room?* 3p.

Investigations diagnostiques

Protocole d'induction des expectorations

- ◆ 15 min entre chaque patient.
- ◆ Si induction en extérieur, s'assurer de préserver la confidentialité !!!
- ◆ Si induction impossible sur place, se référer au « Guide triage par GeneXpert ».

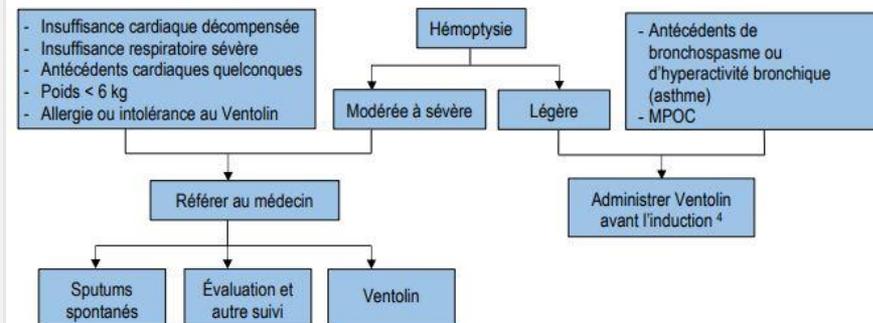
d'avoir une ventilation comme toute chambre à pression négative. L'appareil doit être en vitesse maximum. Il est important de noter que le patient qui fait ses expectorations doit être en face de l'aspiration afin que les bio-aérosols soient aspirés le plus rapidement possible. Avec ces tentes, il est possible d'effectuer des inductions d'expectoration avec un intervalle de seulement 15 minutes entre les usagers (Basée sur > 50 CAH). Après le dernier patient et un temps d'attente de 15 minutes, vous pouvez éteindre l'appareil, et repartir l'appareil le lendemain 15 minutes avant utilisation.

L'entretien ménager doit être fait entre chaque usager et ce, après le dépôt complet des microorganismes sur les objets et surfaces dans le local : nettoyer et désinfecter le matériel réutilisable avec des lingettes désinfectantes.

A l'extérieur :

S'il n'est pas possible de procéder à l'induction des expectorations dans une chambre à pression négative ou dans une tente portative à pression négative, et si la température le permet, l'induction des expectorations pourra être faite à l'extérieur. Veiller à préserver la confidentialité et l'intimité de la personne pendant la procédure.

CONTRE-INDICATIONS ET CONDUITES A TENIR



Non disponibilité d'une chambre à pression négative ou d'une tente portative à pression négative
ou
Impossibilité de procéder à l'induction à l'extérieur

Se référer au
Guide de triage par GeneXpert
(DSPu-TB_DETECT-GUIDE-TRIAGE-GX)

⁴ Voir Médications

Investigations diagnostiques

Protocole d'induction des expectorations

MATÉRIEL NÉCESSAIRE

- Nébulisateur
 - Masque pour la nébulisation;
 - Solution Saline Hypertonique 7 %
 - Contenant pour recueillir les sécrétions (tube à fond conique Falcon ou Mucus trap si aspirations nasopharyngées);
 - Papiers-mouchoirs;
 - Équipements de protection individuelle pour l'infirmière : masque N95, gants jetables ou stériles selon la procédure utilisée (voir Procédures).
- **Clientèle pédiatrique > 6 kg et < 18 ans ou toute personne souffrant d'une condition médicale nécessitant un bronchodilatateur préalable à la procédure (voir Contre-indications et conduites à tenir) :**
- Ventolin (inhalation de salbutamol).
À donner en nébulisation de préférence (double usage du masque) à une aérochambre (plus dispendieux).
- **Clientèle pédiatrique incapable de produire des expectorations :**
- Machine à succion;
 - Cathéter à succion calibre 8fr normalement;
 - Équipements de protection individuelle pour l'accompagnateur : masque N95.

MÉDICATIONS

- Solution Saline Hypertonique 7 % : une ampoule unidose de 4 ml en nébulisation.
 - Ventolin (inhalation de salbutamol) en pré-induction (voir Contre-indications et conduites à tenir) :
- **Clientèle pédiatrique > 6 kg et < 18 ans :**
1. Ventolin 0.15 mg/kg/dose (max. 0.5ml) ou 0,03ml/kg/dose d'une solution de 5mg/ml (maximum 0.5ml) dans 2 ml de NaCl 0.9% en nébulisation
OU
 2. Ventolin 100 mcg 2 inhalations (à administrer via un aérochambre)
- **Clientèle adulte avec une contre-indication nécessitant un bronchodilatateur préalable à la procédure :**
- 1) 2,5 mg en nébulisation : toujours diluer avec 2ml de NaCl 0.9%
 - OU**
 - 2) Ventolin 100 mcg 2 inhalations (à administrer via un aérochambre)
- N.B.** Si bronchospasme durant l'intervention, vous référer au médecin de garde rapidement.

Investigations diagnostiques

Protocole d'induction des expectorations

- ◆ NPO une heure avant le test.
- ◆ Pas de salive.

PROCÉDURE

Informations au patient :

1. Patient NPO pour une heure précédant le test;
2. ~~Patient doit rincer sa bouche avec de l'eau avant et après la procédure;~~
3. Raison de la procédure;
4. Utilisation du nébulisateur;
5. Goût salé de la solution hypertonique;
6. ~~Respiration régulière mais profonde par la bouche;~~
7. Toux forte pour expectorer des crachats profonds (et non de la salive) dans le contenant;
8. ~~Importance de rester dans le local jusqu'à ce que la toux soit arrêtée;~~
9. Période d'attente pour les résultats.

Clientèle pédiatrique incapable de produire des expectorations :

1. Évaluer la respiration de l'usager (fréquence, amplitude, rythme et bruits respiratoires audibles). Répéter l'évaluation après le traitement de Ventolin et le traitement de solution hypertonique;
2. Prétraitement avec le Salbutamol pour prévenir le bronchospasme (voir Médication);
3. Administrer la solution hypertonique (Voir Matériel nécessaire).
Ne pas mélanger le Salbutamol et la solution hypertonique puisque l'effet irritant est diminué empêchant l'effet désiré;
4. Régler la pression d'aspiration entre 60 et 100 mm Hg.
5. Utiliser des gants stériles;
6. Humidifier le cathéter à succion avec la solution saline de 0,9 % pour lubrifier le cathéter et faciliter l'insertion nasale;
7. Insérer dans la narine le cathéter à succion jusque dans la région nasopharyngée pour induire la toux;
8. Aspirer les sécrétions dans le contenant approprié (*Mucus Trap*). Obtenir un échantillon de 5-10 ml (minimum 1 ml pour le GeneXpert, et 3 ml pour les BK).
9. Fermer le contenant et l'identifier avec l'étiquette appropriée;
10. S'assurer de l'étanchéité du contenant selon le protocole du laboratoire. Mettre les échantillons dans des sacs de plastique de déchets biomédicaux individuels et les envoyer au laboratoire (**garder au frigo 4°C, et à l'abri de la lumière**). **Important : spécifier que le spécimen a été recueilli par induction, et indiquer BK#1; BK#2, BK#3 selon le cas;**
11. Les échantillons peuvent tous être obtenus dans la même journée en respectant un intervalle minimal d'une heure et en répétant les étapes de 1 à 10 pour chaque prélèvement. Au total, quatre échantillons¹ sont requis soit 1 pour le GeneXpert et 3 pour les BK expectorations.

*** À noter :

Le GeneXpert et le premier BK peuvent être faits en même temps, mais doivent être récoltés dans deux contenants différents.

Si vous utilisez deux contenants pour le GeneXpert et le premier BK, vous devez préparer deux cathétères à succion + *Mucus Trap* et les ouvrir. Vous prélevez le GeneXpert dans la première narine avec le premier kit « cathéter à succion + *Mucus Trap* » et le BK #1 dans la deuxième narine avec le deuxième kit.

Investigations diagnostiques

Protocole d'induction des expectorations

- ◆ 5-10 ml (minimum 1 ml) pour le GeneXpert, et 3 ml pour les frottis-cultures.

Adulte et clientèle pédiatrique capable de produire des expectorations :

1. Évaluer la respiration de l'usager (fréquence, amplitude, rythme et bruits respiratoires audibles). Répéter l'évaluation après le traitement de Ventolin (selon protocole et/ou prescription médicale) et le traitement de solution hypertonique;
2. Prétraitement au Ventolin pour prévenir le bronchospasme (selon protocole et/ou prescription médicale);
3. Administrer la solution hypertonique (Voir Matériel nécessaire);
4. Utiliser des gants jetables;
5. Faire cracher l'usager pour obtenir un échantillon de 5-10 ml (minimum 1 ml pour le GeneXpert, et 3 ml pour les BK) d'expectoration provenant des poumons (non de salive) directement dans le contenant approprié (tube à fond conique Falcon). Durée maximale de 20 minutes;
6. S'assurer de l'étanchéité du contenant selon le protocole du laboratoire. Mettre les échantillons dans un sac de déchets biomédicaux et les envoyer au laboratoire (garder au frigo 4°C, et à l'abri de la lumière). **Important : spécifier que le spécimen a été recueilli par induction, et indiquer BK#1; BK#2, BK#3 selon le cas;**
7. Les échantillons peuvent tous être obtenus dans la même journée en respectant un intervalle minimal d'une heure et en répétant les étapes de 1 à 6 pour chaque prélèvement. **Au total, quatre échantillons¹ sont requis soit 1 pour le GeneXpert et 3 pour les BK expectorations.**

Arrêt de la procédure si :

- L'usager a produit au moins 1-2 ml d'expectoration provenant des poumons et ne peut en produire davantage;
- La nébulisation est complétée et l'usager ne peut produire de crachat acceptable;
- L'usager se plaint de dyspnée, d'oppression thoracique, de respiration sifflante (*wheezing*), d'étourdissement ou de nausée.

*** À noter :

Le GeneXpert et le premier BK peuvent être faits en même temps, mais doivent être récoltés dans deux contenants différents.

RESPONSABILITÉS DE L'APPLICATION

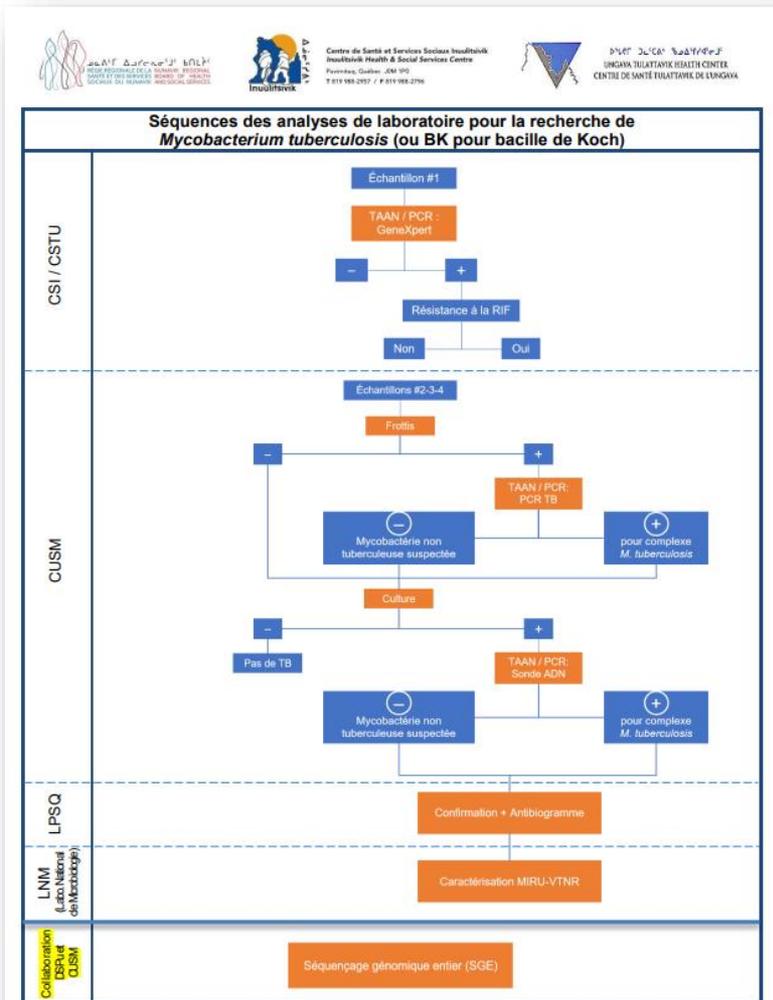
La Direction des soins infirmiers est responsable de l'application du présent protocole.

ENTRÉE EN VIGUEUR

Mars 2020

Investigations diagnostiques

Séquences de laboratoire



Type de test	Nom figurant sur les résultats labo	Définition
TAAN/PCR	GenXpert MTB/RIF	<ul style="list-style-type: none"> Spécifique pour <i>M. tuberculosis</i>. Test rapide fait uniquement sur le premier des quatre échantillons fournis initialement par la personne suspectée de TB active. Inclus l'identification de l'ADN <i>M. tuberculosis</i>, de plus qu'un test rapide de sensibilité à la rifampicine. Si positif, confirme une TB active. Ne pas répéter si TB active confirmée dans les 24 derniers mois rétroactifs.
Frottis	Auramine BAAR	<ul style="list-style-type: none"> Analyse microscopique sur lame de l'échantillon. Recherche de bacille alcoolico-acido résistant (BAAR) par coloration. Techniques de coloration : Auramine (plus sensible). Si Auramine douteux ou positif, complété par coloration de Kinyoun ou Ziehl-Neelsen (plus spécifique). Résultat final : nég., douteux, +, ++, +++ ou ++++
TAAN/PCR	PCR TB	<ul style="list-style-type: none"> Fait systématiquement sur l'expectorant brut si frottis positif. TAAN/PCR non spécifique pour <i>M. tuberculosis</i>. Test rapide qui permet d'identifier l'espèce du Mycobacterium détecté. Réplique l'ARN de la bactérie donc plus sensible que la sonde ADN. Si PCR TB négatif, il peut s'agir d'une mycobactérie atypique (ex. : <i>Avium</i>, <i>Fortuitum</i>, <i>Gordonae</i>, etc) Si PCR TB positif, il s'agit d'une mycobactérie du complexe tuberculosis (ex. : <i>M. tuberculosis</i>, <i>M. africanum</i>, <i>M. bovis</i>, etc.)
Culture		<ul style="list-style-type: none"> Spécifique pour <i>M. tuberculosis</i> Croissance du microorganisme sur milieu solide. Celle-ci peut être objectivée dès la 3^e semaine. Une culture est considérée négative sur un échantillon après 6 à 8 semaines.
TAAN/PCR	Sonde ADN/DNA probe (= « accuprobe »)	<ul style="list-style-type: none"> Sonde ADN/DNA probe (= « accuprobe »). Fait systématiquement si culture en croissance. TAAN/PCR non spécifique pour <i>M. tuberculosis</i>. Permet d'identifier l'espèce du Mycobacterium détecté. Détecte sans répliquer la bactérie donc moins sensible que le PCR TB. Si sonde ADN négatif, il peut s'agir d'une mycobactérie atypique (ex. : <i>Avium</i>, <i>Fortuitum</i>, <i>Gordonae</i>, etc) Si sonde ADN positif, il s'agit d'une mycobactérie du complexe tuberculosis (ex. : <i>M. tuberculosis</i>, <i>M. africanum</i>, <i>M. bovis</i>, etc.)
Antibiogramme	Antibiogramme	Épreuve de sensibilité aux antituberculeux.
Caractérisation MIRU-VNTR		<ul style="list-style-type: none"> Précise le profil génétique de la souche de <i>M. tuberculosis</i>. Délai d'environ 3 à 4 mois.
Séquençage génomique entier (SGE)		<ul style="list-style-type: none"> Précise le profil génétique de la souche de <i>M. tuberculosis</i>. Résolution plus élevée que le MIRU-VNTR. Permet de différencier une réinfection d'une rechute, et d'aider à identifier l'origine des nouveaux cas de tuberculose.

(DSPu_TB_SEQUENCES-LABO, V2022-06-07)

2 de 2
NE PAS CLASSER AU DOSSIER

Investigations diagnostiques

Séquences de laboratoire

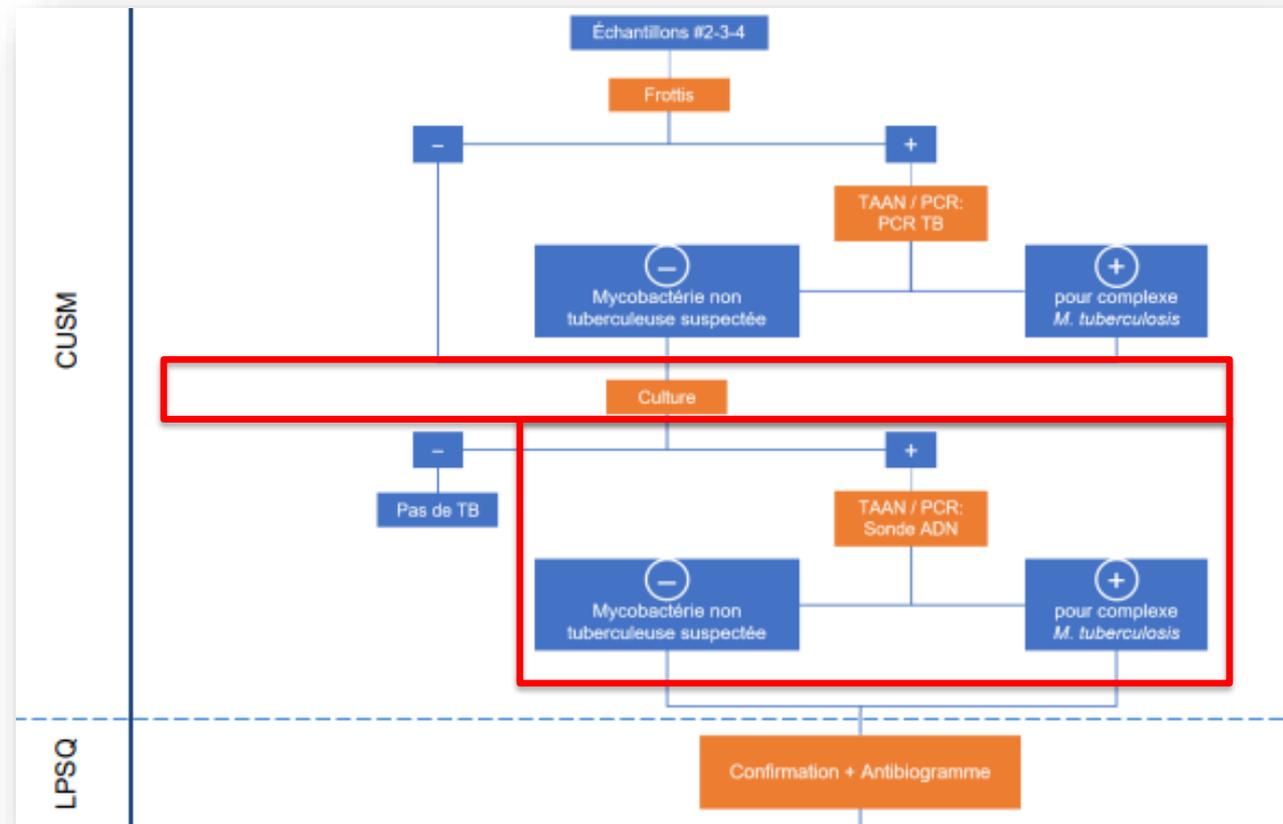
④ Culture

◆ Si en croissance

→ ⑤ Sonde ADN
ADN

(= accuprobe)

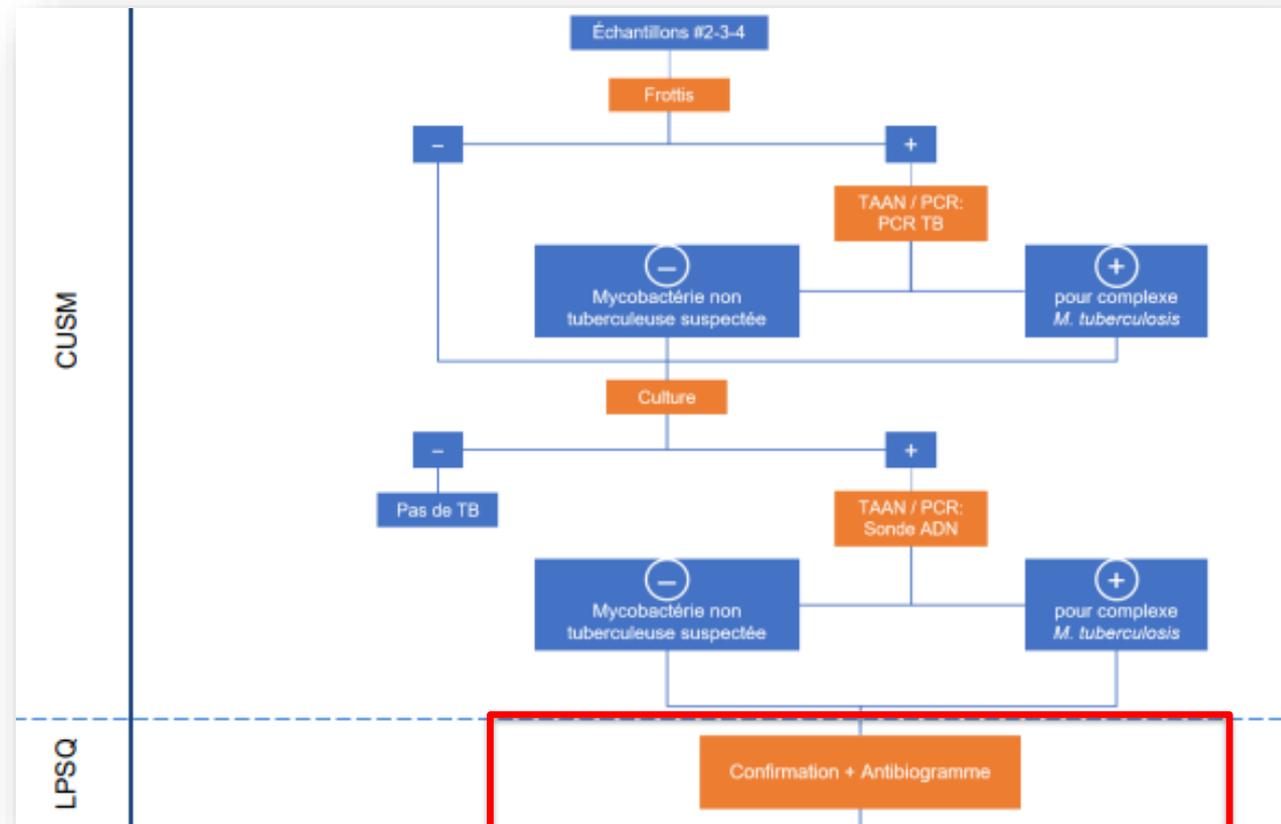
◆ Différencie les MNT des mycobactéries appartenant au complexe *M. tuberculosis*



Investigations diagnostiques

Séquences de laboratoire

⑥ Confirmation + antibiogramme



Investigations diagnostiques

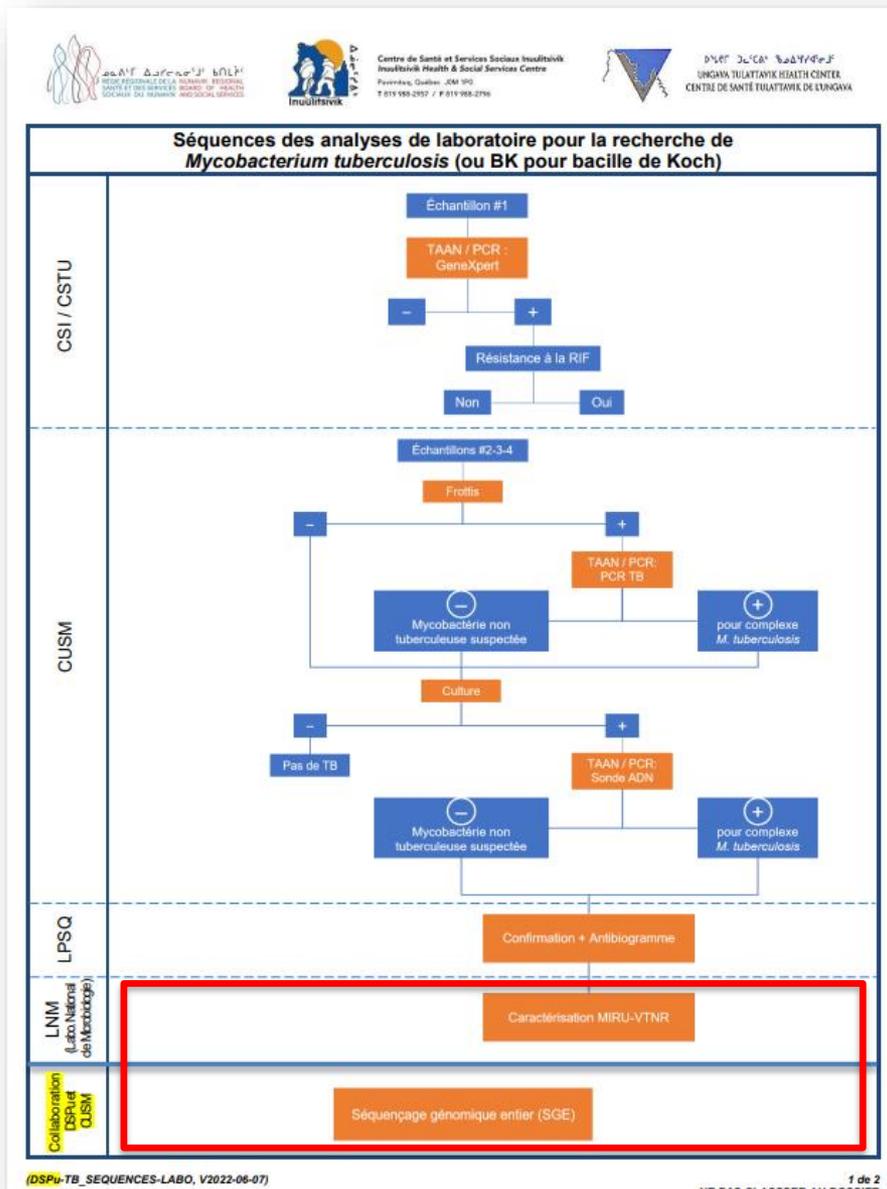
Séquences de laboratoire

7 MIRU

- ◆ Systématique mais peu aidant car pas assez précis

8 Caractérisation génomique

- ◆ À la demande de la DSP_U
- ◆ Plus précis pour connaître les chaînes de transmission



Investigations diagnostiques

Guide de triage par GeneXpert

Boîte à outils - tuberculose

	Introduction		
	Villages prioritaires		
	Investigations diagnostiques		
		1 ^{ère} diffusion	Mise à jour
	Évaluation clinique d'un cas suspect/contact d'un cas de TB active 	2020-03-25	2022-06-07
	Demande de consultation en radiologie - Tuberculose 	2020-03-25	2022-06-07
	Protocole d'induction des expectorations pour la recherche des BK 	2020-03-25	2020-03-10
	Séquences des tests de laboratoire pour la recherche de BK 	2020-03-25	2022-06-07
	Guide de triage par GeneXpert 	2020-03-25	2022-06-07

Investigations diagnostiques

Triage par GeneXpert

- ◆ CONTEXTE :
 - ◆ Lorsque patient suspecté de TB active
 - ◆ En l'absence de service radiologique sur place



Titre	GUIDE DE TRIAGE PAR GENEXPERT
CODE de Boîte à outils TB	DSPu-TB_DETECT-GUIDE-TRIAGE-GX
Date de modification	2022-06-07

POINT CLÉ

- Le GeneXpert est un outil de diagnostic rapide, sensible et spécifique au *Mycobacterium tuberculosis* utilisant un spécimen d'expectoration chez les personnes suspectées de tuberculose pulmonaire.

BUT

- Détecter précocement la présence de *M. tuberculosis* dans les expectorations de personnes suspectées de TB active à l'aide du GeneXpert (PCR).
- Déterminer, lorsqu'il n'y a pas de service radiologique sur place, et à l'aide du résultat du GeneXpert, le mode de transfert approprié pour un patient suspecté de TB active.

OBJECTIFS

- Connaître les étapes du triage par GeneXpert pour les cas de TB active suspectée.
- Offrir un suivi optimal lors du triage par GeneXpert en fonction des paramètres définis.
- Transférer un patient suspecté de TB active d'un village vers le centre hospitalier en répondant aux normes de santé publique.

RESPONSABILITÉS

- **L'infirmière** obtient les échantillons d'expectorations selon la disponibilité ou non d'une tente portative à pression négative sur place.
- **Le médecin** interprète les résultats de GeneXpert et analyse la condition médicale du patient pour déterminer un transport adapté à la situation.
- **Le médecin** discute des modalités de transfert avec le médecin-conseil en tuberculose ou le médecin de garde de la DSPu, dans le cas d'un résultat de GeneXpert positif.

PROCÉDURE DE PRÉLEVEMENT DES EXPECTORATIONS

- Lorsqu'une tente portative à pression négative est disponible localement, l'application de la procédure de prélèvement d'expectorations provoquées par induction augmente la sensibilité d'un diagnostic de TB active (pulmonaire) par PCR (Se référer au [Protocole d'induction des expectorations pour la recherche de BK](#) pour obtenir les échantillons de qualités requis).
- Par contre, dans le cadre d'un triage pour déterminer le mode de transport du patient vers le centre de santé, une analyse PCR effectuée sur une expectoration spontanée (au lever idéalement) chez un patient qui est capable d'expectorer demeure valable. Une fois au centre de santé, les prélèvements bactériologiques devront être complétés par une série de prélèvements d'expectorations provoquées tel que décrit dans le [Protocole d'induction des expectorations pour la recherche de BK](#).

PROCÉDURE DE TRANSPORT

- Le patient est transféré sur vol nolisé si le GeneXpert est positif et que c'est la recommandation de santé publique, ou si une condition clinique nécessite un transfert rapide.
- Le patient peut être transféré sur un vol régulier si le GeneXpert est négatif.

Investigations diagnostiques

Triage par GeneXpert

- ◆ OBJECTIF :
 - ◆ Détecter précocement la présence de *M. tuberculosis*.
 - ◆ Choisir le mode de transfert adapté, qui répond aux normes de SP.



Titre	GUIDE DE TRIAGE PAR GENEXPERT
CODE de Boîte à outils TB	DSPu-TB_DETECT-GUIDE-TRIAGE-GX
Date de modification	2022-06-07

POINT CLÉ

- Le GeneXpert est un outil de diagnostic rapide, sensible et spécifique au *Mycobacterium tuberculosis* utilisant un spécimen d'expectoration chez les personnes suspectées de tuberculose pulmonaire.

BUT

- Détecter précocement la présence de *M. tuberculosis* dans les expectorations de personnes suspectées de TB active à l'aide du GeneXpert (PCR).
- Déterminer, lorsqu'il n'y a pas de service radiologique sur place, et à l'aide du résultat du GeneXpert, le mode de transfert approprié pour un patient suspecté de TB active.

OBJECTIFS

- Connaître les étapes du triage par GeneXpert pour les cas de TB active suspectée.
- Offrir un suivi optimal lors du triage par GeneXpert en fonction des paramètres définis.
- Transférer un patient suspecté de TB active d'un village vers le centre hospitalier en répondant aux normes de santé publique.

RESPONSABILITÉS

- L'**infirmière** obtient les échantillons d'expectorations selon la disponibilité ou non d'une tente portative à pression négative sur place.
- Le **médecin** interprète les résultats de GeneXpert et analyse la condition médicale du patient pour déterminer un transport adapté à la situation.
- Le **médecin** discute des modalités de transfert avec le médecin-conseil en tuberculose ou le médecin de garde de la DSPu, dans le cas d'un résultat de GeneXpert positif.

PROCÉDURE DE PRÉLEVEMENT DES EXPECTORATIONS

- Lorsqu'une tente portative à pression négative est disponible localement, l'application de la procédure de prélèvement d'expectorations provoquées par induction augmente la sensibilité d'un diagnostic de TB active (pulmonaire) par PCR (Se référer au [Protocole d'Induction des expectorations pour la recherche de BK](#) pour obtenir les échantillons de qualités requis).
- Par contre, dans le cadre d'un triage pour déterminer le mode de transport du patient vers le centre de santé, une analyse PCR effectuée sur une expectoration spontanée (au lever idéalement) chez un patient qui est capable d'expectorer demeure valable. Une fois au centre de santé, les prélèvements bactériologiques devront être complétés par une série de prélèvements d'expectorations provoquées tel que décrit dans le [Protocole d'Induction des expectorations pour la recherche de BK](#).

PROCÉDURE DE TRANSPORT

- Le patient est transféré sur vol nolisé si le GeneXpert est positif et que c'est la recommandation de santé publique, ou si une condition clinique nécessite un transfert rapide.
- Le patient peut être transféré sur un vol régulier si le GeneXpert est négatif.

TB latente

Prescription RIF

Réservé a la
pharmacie



- CENTRE DE SANTE TULATTAVIK DE L'UNGAVA
 CENTRE DE SANTE INNULTSIVIK

CONSULTATION EN RADIOLOGIE DIAGNOSTIQUE Tuberculose (TB)

EMBOSSER ICI LA CARTE DU CSI OU CSTU.
SI NON DISPONIBLE, INSCRIRE LES NOM, PRENOM,
DATE DE NAISSANCE ET NUMERO DOSSIER

EMBOSS HERE THE CARD OF IHC OR UTHC.
IF NOT AVAILABLE, WRITE THE NAME, SURNAME,
DATE OF BIRTH AND FILE NUMBER

Examen demandé : POUMONS

- Postéro-Antérieur Latéral Lordotique

Examen antérieur Oui Non

Hospitalisé Urgence Externe

Ambulant Fauteuil Civière Au lit

Lecture rapide svp Patiente enceinte Oui Non

Dernier TCT : _____ mm Date (aaaa/mm/jj) : _____

TB active antérieure Année(s) : _____

ITL antérieure Année : _____

Date prévue de la RXP (aaaa/mm/jj) : _____

Notes infirmières : _____

Commentaires Médecin :

Signature : _____ # Licence : _____

Date de la requête (aaaa/mm/jj) : _____

Indication : Cocher un seul choix parmi les protocoles suivants :

- Suspicion de TB active SANS contact connu de TB
- Investigation d'un contact TB asymptomatique
- Investigation d'un contact TB symptomatique
- Traitement de TB active en cours : nombre mois de tx
- Évaluation pré-prophylaxie
- Dépistage populationnel/ciblé

7. Suivi clinico-radiologique (SCR) :

RXP # _____ d'une série de nombre ad année _____

a) SCR post traitement ITL/TB active

b) SCR pour prophylaxie inadéquate

c) SCR post-réexposition (contact étroit) à un cas de TB frottis positif

Date du dernier contact (aaaa/mm/jj) : _____

PROTOCOLE RADIOLOGIQUE (Partie réservée au technologue en radiologie)

Nombre d'images : _____ Signature : _____

TB latente

Prescription INH TOD



Programme de Tuberculose Prescription médicale
TRAITEMENT INFECTION TUBERCULEUSE LATENTE - ISONIAZIDE TOD
Allergies : <input type="checkbox"/> Nil ou Préciser : _____
<input type="checkbox"/> Grossesse: _____ semaines <input type="checkbox"/> Allaitement

R_x

ADULTE OU ENFANT

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

Poids: ____kg

Isoniazide (INH) TOD 2x/semaine soit, 78 doses sur 9 mois*

ENFANT (moins de 15 ans)

Isoniazide 20-30 mg/kg (max. : 900 mg), soit :

Pyridoxine (vit. B6) 2 mg/kg (max. : 50 mg), soit :

ADULTE (15 ans et plus)

Isoniazide 20-30 mg/kg (max. : 900 mg), soit :

Pyridoxine (vit. B6) 2 mg/kg (max. : 50 mg), soit :

À COMPLÉTER PAR LA PHARMACIE :

_____ mg PO 2x/semaine X 78 doses

* 78 doses sur 9 mois à donner en thérapie sous observation directe (TOD) 2x/semaine.

Signature du médecin _____

Lettres moulées _____ Licence # _____

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 Inuitsivik		Centre de santé Tulattavik de l'Ungava	
<input type="checkbox"/> Salluit 819 255-9090	<input type="checkbox"/> Inukjuak 819 254-9090	<input type="checkbox"/> Kangirsuk 819 935-9090	<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"/> Kangiqsujaq 819 338-9090
<input type="checkbox"/> Puvimittuq 819 988-9090			<input type="checkbox"/> Tasiujaq 819 633-9090

PHARMACIE INUULTSIVIK, PUVIRNITUQ

Tél. : 819 988-2957 #263/292
Fax : 819 988-2551

Courriel : pharmacie.pov@ssss.qouv.qc.ca

PHARMACIE VOYER, MONTRÉAL

Tél. : 1 877 426-0406
Télécopieur : 1 877 426-0546

Courriel : fph022@pharmaprix.ca

PHARMACIE TULATTAVIK, KUUJUAQ

Tél. : 819 964-2905 # 201/277
Fax : 819 964-0035

Courriel : kuujuaq.pharmacy@ssss.qouv.qc.ca

TB latente

Prescription INH die

	 <p>Centre de Santé et Services Sociaux Inuulitsivik Inuulitsivik Health & Social Services Centre Ruvvites, Québec J2M 1P0 T 819 988-2957 / F 819 988-2756</p> <p>ᐱᐸᐸᐸᐸ ᐸᐸᐸᐸᐸ ᐸᐸᐸᐸᐸᐸᐸᐸᐸ UNGAVA TULATTAVIK HEALTH CENTER CENTRE DE SANTÉ TULATTAVIK DE L'UNGAVA</p>	<p>IDENTIFICATION</p> <p>EMBOSSER ICI LA CARTE DU GSI ou GSTU SI NON DISPONIBLE, INSCRIRE LES PRÉNOM, NOM, DATE DE NAISSANCE ET NO. DOSSIER</p>																				
<p>Programme de Tuberculose Prescription médicale</p>																						
<p>TRAITEMENT INFECTION TUBERCULEUSE LATENTE - ISONIAZIDE DIE</p>																						
<p>Allergies : <input type="checkbox"/> Nil ou Préciser : _____</p>																						
<p><input type="checkbox"/> Grossesse: _____ semaines <input type="checkbox"/> Allaitement</p>																						
	<p>ADULTE OU ENFANT</p> <p>Date de prescription: ____/____/____ AAAA-MM-JJ</p>	<p>Poids: ____ kg</p>																				
<p>Isoniazide (INH) DIE auto-administré soit 270 doses sur 9 mois</p>																						
<p><input type="checkbox"/> ENFANT (moins de 15 ans)</p> <p>Isoniazide 10mg/kg (10 à 15 mg/kg) (max. : 300 mg), soit :</p> <p>Pyridoxine (vit. B6) 1 mg/kg (max. : 25 mg), soit :</p> <p><input type="checkbox"/> ADULTE (15 ans et plus)</p> <p>Isoniazide 5 mg/kg (max. : 300 mg), soit :</p> <p>Pyridoxine (vit. B6) 1 mg/kg (max. : 25 mg), soit :</p>		<p>À COMPLÉTER PAR LA PHARMACIE :</p> <p>_____ mg PO DIE x 270 doses</p>																				
<p>Signature du médecin _____</p>																						
<p>Lettres moulées _____</p>																						
<p>Licence # _____</p>																						
<p><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></p>																						
<p>Cocher le nom du village d'origine et la pharmacie concernée :</p>																						
<table border="1"> <thead> <tr> <th colspan="2">Centre de santé Inuulitsivik</th> <th colspan="2">Centre de santé Tulattavik de l'Ungava</th> </tr> </thead> <tbody> <tr> <td><input type="checkbox"/> Salluit 819 255-9090</td> <td><input type="checkbox"/> Inukjuak 819 254-9090</td> <td><input type="checkbox"/> Kangiqsualujuaq 819 337-9090</td> <td><input type="checkbox"/> Kangirsuk 819 935-9090</td> </tr> <tr> <td><input type="checkbox"/> Ivujivik 819 922-9090</td> <td><input type="checkbox"/> Umiujaq 819 331-9090</td> <td><input type="checkbox"/> Kuujuaq 819 964-2905</td> <td><input type="checkbox"/> Quaqtaq 819 492-9090</td> </tr> <tr> <td><input type="checkbox"/> Akulivik 819 496-9090</td> <td><input type="checkbox"/> Kuujuarapik 819 929-9090</td> <td><input type="checkbox"/> Aupaluk 819 491-9090</td> <td><input type="checkbox"/> Kangiqsujuaq 819 338-9090</td> </tr> <tr> <td><input type="checkbox"/> Puvimittuq 819 988-9090</td> <td></td> <td></td> <td><input type="checkbox"/> Tasiujaq 819 633-9090</td> </tr> </tbody> </table>			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"/> Puvimittuq 819 988-9090			<input type="checkbox"/> Tasiujaq 819 633-9090
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"/> Puvimittuq 819 988-9090			<input type="checkbox"/> Tasiujaq 819 633-9090																			
<p><input type="checkbox"/> PHARMACIE INUULITSIVIK, PUVIRNITUQ Tél. : 819 988-2957 #263 /292 Fax : 819 988-2651 Courriel : pharmacie.pov@ssss.gouv.qc.ca</p>		<p><input type="checkbox"/> PHARMACIE TULATTAVIK, KUUJUAQ Tél. : 819 964-2905 # 201/277 Fax : 819 964-0035 Courriel : kuujuaq.pharmacy@ssss.gouv.qc.ca</p>																				
<p><input type="checkbox"/> PHARMACIE VOYER, MONTRÉAL Tél. : 1 877 420-0406 Télécopieur : 1 877 420-0546 Courriel : fphx022@phamaprix.ca</p>																						

TB latente

Prescription RIF fenêtre

 <p>Centre de Santé et Services Sociaux Inuitivik Inuitivik Health & Social Services Centre Puvirnituq, Québec J0M 1P0 T 819 988-2957 / F 819 988-2755</p> <p>ᑭᓂᓂᓂ ᑕᓂᓂᓂ ᑕᓂᓂᓂᓂ UNGAVA TULATTAVIK HEALTH CENTER CENTRE DE SANTÉ TULATTAVIK DE L'UNGAVA</p>	<p>IDENTIFICATION</p> <p>EMBOSSER ICI LA CARTE DU CSI ou CSTU SI NON DISPONIBLE, INSCRIRE LES PRÉNOM, NOM, DATE DE NAISSANCE ET NO. DOSSIER</p>	
<p>Programme de Tuberculose Prescription médicale PROPHYLAXIE TUBERCULOSE PÉRIODE FENÊTRE - ENFANT < 5 ans RIFAMPICINE ou Post TCT POST PÉRIODE FENÊTRE positif</p> <p>Allergies : <input type="checkbox"/> Nil ou Préciser : _____</p>		
	<p>ENFANT moins de 5 ans</p> <p>Date de prescription: ____/____/____ AAAA-MM-JJ</p>	
<p>Poids: ____ kg</p>		
<p>Rifampicine DIE auto administré - période fenêtre ou jusqu'à concurrence de 120 doses/4 mois</p>		
<p><input checked="" type="checkbox"/> PÉRIODE FENÊTRE *</p> <p>Rifampicine 15mg/kg (10 à 20 mg/kg) (max. : 600 mg), soit :</p>	<p>À COMPLÉTER PAR LA PHARMACIE :</p> <p>_____ mg PO DIE</p>	
<p>* Doses die auto-administrées sur 8 semaines ou couvrant la période allant jusqu'au TCT POST PÉRIODE FENÊTRE. D/C prophylaxie Rifampicine si TCT POST PÉRIODE FENÊTRE est négatif.</p>		
<p>OU</p> <p><input checked="" type="checkbox"/> PÉRIODE POST TCT POST PÉRIODE FENÊTRE POSITIF **</p> <p>Rifampicine 15mg/kg (10 à 20 mg/kg) (max. : 600 mg), soit :</p>		<p>À COMPLÉTER PAR LA PHARMACIE :</p> <p>_____ mg PO DIE</p>
<p>** Après exclusion de TB active, traitement complet, incluant la période fenêtre : 120 doses die auto-administrées sur 4 mois (17 semaines).</p>		
<p>Signature du médecin _____</p>		
<p>Lettres moulées _____</p>		
<p>Licence # _____</p>		
<p>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.</p>		
<p>Cocher le nom du village d'origine et la pharmacie concernée :</p>		
<p>Centre de santé Inuitivik</p> <p><input type="checkbox"/> Salluit 819 255-9090 <input type="checkbox"/> Inukjuak 819 254-9090</p> <p><input type="checkbox"/> Ivujivik 819 922-9090 <input type="checkbox"/> Umiujaq 819 331-9090</p> <p><input type="checkbox"/> Akulivik 819 496-9090 <input type="checkbox"/> Kuujuarapik 819 929-9090</p> <p><input type="checkbox"/> Puvimittuq 819 988-9090</p>	<p>Centre de santé Tulattavik de l'Ungava</p> <p><input type="checkbox"/> Kangiqsualuujuaq 819 337-9090 <input type="checkbox"/> Kangirsuk 819 935-9090</p> <p><input type="checkbox"/> Kuujuaq 819 964-2905 <input type="checkbox"/> Quaqtaq 819 492-9090</p> <p><input type="checkbox"/> Aupaluk 819 491-9090 <input type="checkbox"/> Kangiqsujaq 819 338-9090</p> <p><input type="checkbox"/> Tasiujaq 819 633-9090</p>	
<p><input type="checkbox"/> PHARMACIE INUULTSIVIK, PUVIRNITUQ Tél. : 819 988-2957 #263 /292 Fax : 819 988-2551 Courriel : pharmacie.pov@ssss.gouv.qc.ca</p>	<p><input type="checkbox"/> PHARMACIE TULATTAVIK, KUUJUAQ Tél. : 819 964-2905 # 201/277 Fax : 819 964-0035 Courriel : kuujuaq.pharmacy@ssss.gouv.qc.ca</p>	
<p><input type="checkbox"/> PHARMACIE VOYER, MONTRÉAL Tél. : 1 877 426-0408 Télécopieur : 1 877 426-0546 Courriel : fohx022@pharmaprix.ca</p>		

TB latente

Protocole de suivi - RIF

Instructions d'utilisation du protocole :

- ◆ Signé par MD en bas de chaque page = prescription médicale pour les bilans et examens paracliniques
- ◆ Signé par l'INF et le MD dans la colonne de droite en regard des tâches effectuées



Centre de Santé et Services Sociaux Inuitivik
Inuitivik Health & Social Services Centre
Pavillon, Québec J0M 1P0
T 514 988-2957 / F 514 988-2796

ᐱᐱᐱᐱᐱ ᐱᐱᐱᐱᐱ ᐱᐱᐱᐱᐱ ᐱᐱᐱᐱᐱ
UNGVAVA TULIATTAVIK HEALTH CENTER
CENTRE DE SANTÉ TULIATTAVIK DE L'UNGVAVA

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 INC OR UTHC. IF NOT AVAILABLE, WRITE THE NAME, SURNAME, DATE OF BIRTH AND FILE NUMBER.

INFECTION TUBERCULOSE LATENTE ADULTE ET PÉDIATRIQUE
PROTOCOLE DE SUIVI – ORDONNANCE MÉDICALE STANDARD • RIFAMPICINE (RIF)

But : Uniformiser la prise en charge des cas d'infection tuberculeuse latente (ITL) et assurer la prescription médicale du suivi nécessaire par les différents professionnels de la santé concernés.

Objectifs :

- S'assurer d'une prophylaxie optimale contre l'ITL afin de prévenir l'apparition d'une tuberculose active.
- Offrir un suivi optimal et régulier aux personnes avec une ITL en cours de traitement.
- Identifier rapidement les problèmes de compliance et offrir le soutien approprié.
- Détecter précocement les événements indésirables et assurer leur prise en charge (Guide TB, Québec, 2017)

Cette ordonnance doit être initiée par un médecin au moment du diagnostic d'ITL et de la prescription d'anti-tuberculeux.

Note:

- Pour toute question, contacter le pneumologue pour adulte à resp-north@mcgill.ca ou en pédiatrie à mchtb@muhc.mcgill.ca OU contacter le pneumologue de garde au CUSM au 514 934-1934.
- Aviser la Direction de Santé publique pour les nouveaux cas d'ITL.

Note importante: Toute prescription médicale individuelle a préséance sur le suivi « Standard » décrit dans cette procédure.

Instruction d'utilisation du protocole

L'ordonnance suivante, une fois signée et datée par le médecin, sert de prescription médicale pour les bilans et les examens paracliniques nécessaires au suivi des patients atteints d'ITL. L'infirmière et le médecin doivent signer et cocher les cases qui se rapportent à leurs tâches au fur et à mesure que les actions auront été prises.

Les prescriptions de médicaments se feront cependant sur les feuilles de prescription spécifiques au traitement d'ITL.

Rédigé par : Dre Latoya Campbell du CSTU & Dre Élise Bélanger-Desjardins du CSI
Dr Jean-François Proulx et l'équipe Inf. en maladies infectieuses de la RRSSSN
Dr Faiz Ahmad Khan & Dr David Zielinski, pneumologues & consultants TB, CUSM et Nunavik

Révisé par : Dre Latoya Campbell du CSTU & Dre Élise Bélanger-Desjardins du CSI
Dr Jean-François Proulx et Aurélie Heurtebize de la RRSSSN le 2020-10-01

Approuvé par : Comité exécutif du CMDPSF du CSI et du CSTU le 2020-12.

TB latente

Protocole de suivi - RIF

Instructions d'utilisation du protocole :

- ◆ Signé par MD en bas de chaque page
- ◆ Colonne « Temps »
- ◆ Colonne « Intervenant »
- ◆ Colonne « Date et signature » signé par INF ou MD en regard des tâches effectuées



Centre de Santé et Services Sociaux Inuitivik
Inuitivik Health & Social Services Centre
Povunguuk, Québec J0M 1P0
T 819 968-2151 / F 819 968-2796

ᐃᓂᓂᓂ ᐃᓂᓂᓂ ᐃᓂᓂᓂ
INUGAVA TULIATTAVIK HEALTH CENTER
CENTRE DE SANTÉ TULIATTAVIK 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 INC OR UTHC,
IF NOT AVAILABLE, WRITE THE NAME, SURNAME,
DATE OF BIRTH AND FILE NUMBER.

**INFECTION TUBERCULOSE LATENTE
ADULTE ET PÉDIATRIQUE
PROTOCOLE DE SUIVI – ORDONNANCE
MÉDICALE STANDARD • RIFAMPICINE (RIF)**

Temps	Suivi	Interventions et Investigations	Date et Signature
Pré- traitement	MD	<p>Avant de prescrire RIF :</p> <ul style="list-style-type: none"> ✓ S'assurer que rpx récente (< 12 semaines depuis la rpx précédente) ✓ Si BK demandés, s'assurer du résultat négatif des cultures (sauf avis contraire du spécialiste consulté) <p>Vérifier également si:</p> <ol style="list-style-type: none"> 1. TB active antérieure: <input type="checkbox"/> Oui <input type="checkbox"/> Non 2. Antécédents d'hépatite secondaire à antituberculeux : <input type="checkbox"/> Oui <input type="checkbox"/> Non 3. Cas index résistant à RIF¹: <input type="checkbox"/> Oui <input type="checkbox"/> Non <p>Note: Si Oui à 1, 2 ou 3: consulter resp-north@mcgill.ca (adulte) ou mchtlr@muhc.mcgill.ca (enfant)</p> <p>Si Non à 1, 2 et 3, débiter le traitement ITL: (ITL-PRESC-Rifampicine)</p> <ul style="list-style-type: none"> ✓ Prescrire Bilan hépatique, Créat., FSC (adulte et enfant), Syphilis² ✓ Vérifier avec pharmacien si interactions médicamenteuses (par ex.: Dilantin) ✓ Prévoir dosage de médication (ex.: dilantinémie) en cours de traitement si requis ✓ Counseling contraception si contraceptifs oraux. Privilégier progéstatifs, stérilet ou condom. 	<p>Signature _____</p> <p>AA/ MM/ JJ</p>
1 ^{er} jour / date du début du Tx AA/ MM/ JJ	Inf.	<p>Avant de débiter RIF :</p> <ul style="list-style-type: none"> <input type="checkbox"/> S'assurer de l'absence de symptômes suggestifs de tuberculose active. Si présence de symptômes, demander avis médical STAT avant de débiter le traitement. <input type="checkbox"/> Débiter Rifampicine (RIF) selon prescription médicale <input type="checkbox"/> Enseignement à la clientèle (traitement, compliance, effets secondaires) <input type="checkbox"/> Prévoir formulaires de suivi: <ul style="list-style-type: none"> <input type="checkbox"/> Courbe de compliance (ITL-COURBE-RIF) <input type="checkbox"/> Enregistrement de la médication (ITL-ENREG-MÉD-RIF) <input type="checkbox"/> Évaluation clinique mensuelle (TB ACT/ ITL-EVAL MENS) <input type="checkbox"/> Faire bilan hépatique, Créat., FSC (adulte et enfant), Syphilis² tel que prescrit plus haut. 	<p>Signature _____</p> <p>AA/ MM/ JJ</p>

Signature du MD : _____ N° permis : _____ Date : ____/____/____

TB latente

Protocole de suivi - RIF

Au 1^{er} jour du traitement / INF :

- ◆ Outils d'enseignement disponibles dans la BAO TB



Centre de Santé et Services Sociaux Inuitivik
Inuitivik Health & Social Services Centre
Puvionne, Québec J0M 1P0
T 819 968-2157 / F 819 968-2796

ᐃᓂᓂᓂ ᐃᓂᓂᓂ ᐃᓂᓂᓂ
UNGAWA TUJATTAVIK HEALTH CENTER
CENTRE DE SANTÉ TULATTAVIK DE L'UNGAWA

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 INC OR UTHC.
IF NOT AVAILABLE, WRITE THE NAME, SURNAME,
DATE OF BIRTH AND FILE NUMBER.

**INFECTION TUBERCULOSE LATENTE
ADULTE ET PÉDIATRIQUE
PROTOCOLE DE SUIVI – ORDONNANCE
MÉDICALE STANDARD • RIFAMPICINE (RIF)**

Temps	Suivi	Interventions et Investigations	Date et Signature
Pré- traitement	MD	<p>Avant de prescrire RIF :</p> <ul style="list-style-type: none"> <input type="checkbox"/> S'assurer que rpx récente (< 12 semaines depuis la rpx précédente) <input type="checkbox"/> Si BK demandés, s'assurer du résultat négatif des cultures (sauf avis contraire du spécialiste consulté) <p>Vérifier également si:</p> <ul style="list-style-type: none"> 1. TB active antérieure: <input type="checkbox"/> Oui <input type="checkbox"/> Non 2. Antécédents d'hépatite secondaire à antituberculeux : <input type="checkbox"/> Oui <input type="checkbox"/> Non 3. Cas index résistant à RIF¹: <input type="checkbox"/> Oui <input type="checkbox"/> Non <p>Note: Si Oui à 1, 2 ou 3: consulter resp-north@mcgill.ca (adulte) ou mchtb@muhc.mcgill.ca (enfant)</p> <p style="padding-left: 20px;">Si Non à 1, 2 et 3, débiter le traitement ITL: (ITL-PRESC-Rifampicine)</p> <ul style="list-style-type: none"> <input type="checkbox"/> Prescrire Bilan hépatique, Créat., FSC (adulte et enfant), Syphilis² <input type="checkbox"/> Vérifier avec pharmacien si interactions médicamenteuses (par ex.: Dilantin) <input type="checkbox"/> Prévoir dosage de médication (ex.: dilantinémie) en cours de traitement si requis <input type="checkbox"/> Counseling contraception si contraceptifs oraux. Privilégier progéstatifs, stérilet ou condom. 	<p>Signature _____</p> <p>AA/ MM/ JJ</p>
1 ^{er} jour / date du début du Tx	Inf.	<p>Avant de débiter RIF :</p> <ul style="list-style-type: none"> <input type="checkbox"/> S'assurer de l'absence de symptômes suggestifs de tuberculose active. Si présence de symptômes, demander avis médical STAT avant de débiter le traitement. <input checked="" type="checkbox"/> Débiter Rifampicine (RIF) selon prescription médicale <input checked="" type="checkbox"/> Enseignement à la clientèle (traitement, compliance, effets secondaires) <input type="checkbox"/> Prévoir formulaires de suivi: <ul style="list-style-type: none"> <input type="checkbox"/> Courbe de compliance (ITL-COURBE-RIF) <input type="checkbox"/> Enregistrement de la médication (ITL-ENREG-MÉD-RIF) <input type="checkbox"/> Évaluation clinique mensuelle (TB ACT/ ITL-EVAL MENS) <input type="checkbox"/> Faire bilan hépatique, Créat., FSC (adulte et enfant), Syphilis² tel que prescrit plus haut. 	<p>Signature _____</p> <p>AA/ MM/ JJ</p>

Signature du MD : _____ N° permis : _____ Date : ____/____/____

TB latente

Protocole de suivi - RIF

Chaque mois – INF :

- ◆ Bilan sanguin PRN seulement.



INFECTION TUBERCULOSE LATENTE ADULTE ET PÉDIATRIQUE PROTOCOLE DE SUIVI – ORDONNANCE MÉDICALE STANDARD • RIFAMPICINE (RIF)

EMBOSSER ICI LA CARTE DU CSDI 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

Temps*	Suivi	Interventions et Investigations	Date et Signature
Fin du 1 ^{er} mois de Tx AA/ MM/ JJ	Inf.	<input checked="" type="checkbox"/> Suivi mensuel régulier: Si anormal, aviser le médecin <input checked="" type="checkbox"/> Suivi de la médication et soutien au client: (ITL-COURBE-RIF) et (ITL-ENREG-MÉD-RIF) <input checked="" type="checkbox"/> Évaluation clinique mensuelle (TB ACT/ITL-EVAL MENS) <input checked="" type="checkbox"/> Sur prescription médicale, faire bilan hépatique, Créat. PRN (adulte ³ et enfant ⁴).	Signature AA/ MM/ JJ
Fin du 2 ^e mois de Tx AA/ MM/ JJ	Inf.	<input type="checkbox"/> Suivi mensuel régulier: Si anormal, aviser le médecin <input type="checkbox"/> Suivi de la médication / soutien au client: (ITL-COURBE-RIF) et (ITL-ENREG-MÉD-RIF) <input type="checkbox"/> Évaluation clinique mensuelle (TB ACT/ITL-EVAL MENS) <input type="checkbox"/> Sur prescription médicale, faire bilan hépatique, Créat. PRN (adulte ³ et enfant ⁴)	Signature AA/ MM/ JJ
Fin du 3 ^e mois de Tx AA/ MM/ JJ	Inf.	<input type="checkbox"/> Suivi mensuel régulier: Si anormal, aviser le médecin <input type="checkbox"/> Suivi de la médication / soutien au client: (ITL-COURBE-RIF) et (ITL-ENREG-MÉD-RIF) <input type="checkbox"/> Évaluation clinique mensuelle (TB ACT/ITL-EVAL MENS) <input type="checkbox"/> Sur prescription médicale, faire bilan hépatique, Créat. PRN (adulte ³ et enfant ⁴)	Signature AA/ MM/ JJ
Fin de Tx (4 ^e mois) AA/ MM/ JJ	Inf.	<input type="checkbox"/> Suivi mensuel régulier: Si anormal, aviser le médecin <input type="checkbox"/> Suivi de la médication / soutien au client: (ITL-COURBE-RIF) et (ITL-ENREG-MÉD-RIF) <input type="checkbox"/> Évaluation clinique mensuelle – (TB ACT/ITL-EVAL MENS) <input type="checkbox"/> Sur prescription médicale, faire bilan hépatique, Créat. PRN (adulte ³ et enfant ⁴) <input type="checkbox"/> Au besoin, planifier suivi clinico-radiologique selon avis médical inscrit au formulaire: (TB-ITL-CLIN-RADIOL) <input type="checkbox"/> Acheminer tous ces documents complétés à la DRSP	Signature AA/ MM/ JJ

*NOTE: Appliquer les interventions de *Fin de traitement* si le traitement prend fin avant le 4^e mois.

Signature du MD: _____ N° permis: _____ Date: ____/____/____

³ Si symptomatique OU ≥ 50 ans OU si présence d'une des conditions suivantes : grossesse ou accouchement au cours des 3 derniers mois, cirrhose évolutive ou hépatite évolutive chronique toutes causes confondues, hépatite C, hépatite B avec des concentrations de transaminases anormales, consommation quotidienne d'alcool, prise d'autres médicaments hépatotoxiques, antécédents d'hépatite provoquée par des médicaments. (Guide d'intervention – La tuberculose, MSSS, 2017)

⁴ Si symptomatique ou bilan de base anormal.

TB latente

Protocole de suivi - RIF

En fin de traitement – INF :

Centre de Santé et Services Sociaux Inuit/Inuk
Inuit Health & Social Services Centre
Pavillon, Québec, J0B 1P0
T 514 988-2857 / F 514 988-2706

ᐱᕐᕐᕐ ᐱᕐᕐᕐ ᐱᕐᕐᕐ
LINGAVA TULIATTAVIK HEALTH CENTER
CENTRE DE SANTÉ TULIATTAVIK DE L'UNGAVA

INFECTIÖN TUBERCULOSE LATENTE ADULTE ET PÉDIATRIQUE PROTOCOLE DE SUIVI – ORDONNANCE MÉDICALE STANDARD • RIFAMPICINE (RIF)

EMBOSSER ICI LA CARTE DU CSI OU CSTU.
SI NON DISPONIBLE, INSCRIRE LES NOM, PRENOM,
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

Temps*	Suivi	Interventions et Investigations	Date et Signature
Fin du 1 ^{er} mois de Tx AA/ MM/ JJ	Inf.	<input type="checkbox"/> Suivi mensuel régulier: Si anormal, aviser le médecin <input type="checkbox"/> Suivi de la médication et soutien au client: (ITL-COURBE-RIF) et (ITL-ENREG-MÉD-RIF) <input type="checkbox"/> Évaluation clinique mensuelle (TB ACT/ITL-EVAL MENS) <input type="checkbox"/> Sur prescription médicale, faire bilan hépatique, Créat. PRN (adulte ³ et enfant ⁴).	Signature AA/ MM/ JJ
Fin du 2 ^e mois de Tx AA/ MM/ JJ	Inf.	<input type="checkbox"/> Suivi mensuel régulier: Si anormal, aviser le médecin <input type="checkbox"/> Suivi de la médication / soutien au client: (ITL-COURBE-RIF) et (ITL-ENREG-MÉD-RIF) <input type="checkbox"/> Évaluation clinique mensuelle (TB ACT/ITL-EVAL MENS) <input type="checkbox"/> Sur prescription médicale, faire bilan hépatique, Créat. PRN (adulte ³ et enfant ⁴)	Signature AA/ MM/ JJ
Fin du 3 ^e mois de Tx AA/ MM/ JJ	Inf.	<input type="checkbox"/> Suivi mensuel régulier: Si anormal, aviser le médecin <input type="checkbox"/> Suivi de la médication / soutien au client: (ITL-COURBE-RIF) et (ITL-ENREG-MÉD-RIF) <input type="checkbox"/> Évaluation clinique mensuelle (TB ACT/ITL-EVAL MENS) <input type="checkbox"/> Sur prescription médicale, faire bilan hépatique, Créat. PRN (adulte ³ et enfant ⁴)	Signature AA/ MM/ JJ
Fin de Tx (4 ^e mois) AA/ MM/ JJ	Inf.	<input type="checkbox"/> Suivi mensuel régulier: Si anormal, aviser le médecin <input type="checkbox"/> Suivi de la médication / soutien au client: (ITL-COURBE-RIF) et (ITL-ENREG-MÉD-RIF) <input type="checkbox"/> Évaluation clinique mensuelle – (TB ACT/ITL-EVAL MENS) <input type="checkbox"/> Sur prescription médicale, faire bilan hépatique, Créat. PRN (adulte ³ et enfant ⁴) <input type="checkbox"/> Au besoin, planifier suivi clinico-radiologique selon avis médical inscrit au formulaire: (TB-ITL-CLIN-RADIOLOG) <input type="checkbox"/> Acheminer tous ces documents complets à la DRSP	Signature AA/ MM/ JJ

*NOTE: Appliquer les interventions de Fin de traitement si le traitement prend fin avant le 4^e mois.

Signature du MD: _____ N° permis: _____ Date: ____/____/____

³ Si symptomatique OU ≥ 50 ans OU si présence d'une des conditions suivantes : grossesse ou accouchement au cours des 3 derniers mois, cirrhose évolutive ou hépatite évolutive chronique toutes causes confondues, hépatite C, hépatite B avec des concentrations de transaminases anormales, consommation quotidienne d'alcool, prise d'autres médicaments hépatotoxiques, antécédents d'hépatite provoquée par des médicaments. (Guide d'intervention – La tuberculose, MSSS, 2017)

⁴ Si symptomatique ou bilan de base anormal.

IDENTIFICATION

EMBOSSER ICI LA CARTE DU CSI ou CSTU
SI NON DISPONIBLE, INSCRIRE LES
PRENOM, NOM, DATE DE NAISSANCE ET
NO. DOSSIER

GUIDE DE SUIVI CLINICO-RADIOLOGIQUE

COCHER LA CATÉGORIE APPLICABLE		PLAN DE SUIVI: INSCRIRE DATE(S) PRÉVUE(S)							
ITL non ou inadéquatement traitée	Suivi clinico-radiologique	À planifier à partir de	6	12	18	24	36	48	60
<input type="checkbox"/> ITL acquise dans les 2 dernières années (récente)	q 6 mois X 2 ans, puis q 12 mois X 3 ans	Date du TCT significatif							
<input type="checkbox"/> ITL de date indéterminée ET résident d'un village prioritaire	q 12 mois X 5 ans	Date du TCT significatif							
<input type="checkbox"/> ITL de date indéterminée ET résident d'un village non prioritaire	À 12 mois	Date de cessation/retus de tx							
<input type="checkbox"/> ITL acquise entre 3-5 ans (ancienne)	q 12 mois ad 5 ans post tct significatif	Date de cessation/retus de tx							
<input type="checkbox"/> ITL acquise il y a plus de 5 ans (ancienne)	Aucun suivi nécessaire								
ITL traitée									
<input type="checkbox"/> Prophylaxie considérée acceptable	6 mois post fin de prophylaxie	Date de fin de prophylaxie							
<input type="checkbox"/> Prophylaxie optimale	Aucun suivi nécessaire								
Exposition à un cas de TB pulmonaire à frottis positifs (Contacts à priorité élevée selon avis de la santé publique)									
<input type="checkbox"/> TB active ancienne OU ITL déjà connue	q 6 mois X 2 ans, puis q 12 mois X 3 ans	Date de réexposition							
Suivi post fin de traitement TB active									
<input type="checkbox"/> TB active confirmée cavitaire OU à frottis positif	q 6 mois X 2 ans, puis q 12 mois X 3 ans	Date de fin de traitement							
<input type="checkbox"/> TB active non cavitaire ET à frottis négatifs (confirmée ou probable)	q 6 mois X 2 ans	Date de fin de traitement							

Signature du médecin: _____ Numéro de permis: _____ Date: ____/____/____

Régime	Prophylaxie inadéquate	Prophylaxie considérée acceptable	Prophylaxie optimale
Rifampicine	• < 90 doses ou > 4.5 mois pour 90 doses ou > 6 mois pour 120 doses	• De 90 à 120 doses – Voir courbe de compléance (CSPT/ITL-COURBE-RIF)	• 120 doses prises sur 120 jours consécutifs
Isoniazide (INH)	• < 180 doses – auto administré (AA) • < 62 doses INH en TOD	• Régime 6 mois = 180 doses AA sur 9 mois (270 jours) • Régime 9 mois = 270 doses AA sur 13.5 mois (405 jours) • INH TOD: < 62 doses 2 fois semaine sur 9 mois (270 jours) max.	• 270 doses AA sur 9 mois • 78 doses INH en TOD 2 fois semaine

TB latente

Protocole de suivi – INH TOD/die



ᐱᓄᓐᓂᓐ ᐱᓄᓐᓂᓐ ᐱᓄᓐᓂᓐ
NUNAVUT HEALTH & SOCIAL SERVICES CENTRE



ᐱᓄᓐᓂᓐ ᐱᓄᓐᓂᓐ ᐱᓄᓐᓂᓐ
UNUGVA TULLIATIANI HEALTH CENTER
CENTRE DE SANTÉ TULLIATIANE DE UNGUVA

Centre de Santé et Services Sociaux Inuvialvik
Inuvialvik Health & Social Services Centre
Pocasset, Québec J0M 0P0
T. 819 586-2927 / F. 819 966-2796

EMBOSSER ICI LA CARTE DU CSI OU CSTU,
SI NON DISPONIBLE, INSCRIRE LES NOM, PRENOM,
DATE DE NAISSANCE ET NUMERO DOSSIER
EMBOSS HERE THE CARD OF IHC OR UHYC,
IF NOT AVAILABLE, WRITE THE NAME, SURNAME,
DATE OF BIRTH AND FILE NUMBER

**INFECTION TUBERCULOSE LATENTE
ADULTE ET PÉDIATRIQUE
PROTOCOLE DE SUIVI – ORDONNANCE MÉDICALE
STANDARD • INH DIE ou TOD 2x/sem**

But : Uniformiser la prise en charge des cas d'infection tuberculeuse latente (ITL) et assurer la prescription médicale du suivi nécessaire par les différents professionnels de la santé concernés.

Objectifs

- S'assurer d'une prophylaxie optimale contre l'ITL afin de prévenir l'apparition d'une tuberculose active.
- Offrir un suivi optimal et régulier aux personnes avec une ITL en cours de traitement.
- Identifier rapidement les problèmes de compliance et offrir le soutien approprié.
- Détecter précocement les événements indésirables et assurer leur prise en charge (Guide TB, Québec, 2017)

Cette ordonnance doit être initiée par un médecin au moment du diagnostic d'ITL et de la prescription d'anti-tuberculeux.

Note:

- Pour toute question, contacter le pneumologue pour adulte à resp-north@mcgill.ca ou en pédiatrie à mchtb@muhc.mcgill.ca OU contacter le pneumologue de garde au CUSM au **514 934-1934**.
- Aviser la Direction de Santé publique pour les nouveaux cas d'ITL.

Note importante: Toute prescription médicale individuelle a préséance sur le suivi « Standard » décrit dans cette procédure.

Instruction d'utilisation du protocole

L'ordonnance suivante, une fois signée et datée par le médecin, sert de prescription médicale pour les bilans et les examens paracliniques nécessaires au suivi des patients atteints d'ITL. L'infirmière et le médecin doivent signer et cocher les cases qui se rapportent à leurs tâches au fur et à mesure que les actions auront été prises.

Les prescriptions de médicaments se feront cependant sur les feuilles de prescription spécifiques au traitement d'ITL.

Rédigé par:	Dre Latoya Campbell du CSTU & Dre Élise Bélanger-Desjardins du CSI Dr Jean-François Proulx et l'équipe Inf. en maladies infectieuses de la RRSSSN Dr Faiz Ahmad Khan & Dr David Zielinski, pneumologues & consultants TB, CUSM et Nunavik
Révisé par:	Dre Latoya Campbell du CSTU & Dre Élise Bélanger-Desjardins du CSI Dr Jean-François Proulx et Aurélie Heurtebize de la RRSSSN Le 2020-10-01
Approuvé par:	Comité exécutif du CMDPSF du CSI et du CSTU le 2020-12

(DRSP-TB_ITL_PROT-SUIVI-INH-DIE-TOD, V2020-10-01)
1 de 6
DOSSIER CLSC

TB latente

Protocole de suivi – INH TOD/die

Particularités :

- ◆ S'assurer d'avoir de la pyridoxine injectable



Centre de Santé et Services Sociaux Inuitivik
Inuitivik Health & Social Services Centre
Puvionut, Québec, J0M 1P0
T 010 366-0207 / F 010 366-0210

ᐅᐱᐸᐸ ᐅᐱᐸᐸ ᐅᐱᐸᐸᐸᐸ
UNGAVA TULATIYAK HEALTH CENTER
CENTRE DE SANTÉ TULATIYAK DE 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 PNC OR UTHC.
IF NOT AVAILABLE, WRITE THE NAME, SURNAME,
DATE OF BIRTH AND FILE NUMBER

INFECTION TUBERCULOSE LATENTE
ADULTE ET PÉDIATRIQUE
PROTOCOLE DE SUIVI – ORDONNANCE MÉDICALE
STANDARD • INH DIE ou TOD 2x/sem

Temps	Suivi	Interventions et Investigations	Date et Signature
Pré-traitement	MD	<p>Avant de prescrire INH DIE ou TOD 2x/sem :</p> <ul style="list-style-type: none"> <input type="checkbox"/> S'assurer que rpx récente (< 12 semaines depuis la rpx précédente) <input type="checkbox"/> Si BK demandés, s'assurer du résultat négatif des cultures (sauf si avis contraire du spécialiste consulté) <p>Vérifier également si:</p> <ol style="list-style-type: none"> 1. TB active antérieure: <input type="checkbox"/> Oui <input type="checkbox"/> Non 2. Antécédents d'hépatite secondaire à antituberculeux: <input type="checkbox"/> Oui <input type="checkbox"/> Non 3. Cas index résistant à INH¹: <input type="checkbox"/> Oui <input type="checkbox"/> Non <p>Note: Si <i>Oui</i> à 1, 2 ou 3: consulter resp-north@mcgill.ca (adulte) ou mchtb@muhc.mcgill.ca (enfant)</p> <p>Si <i>Non</i> à 1, 2 et 3: débiter le traitement ITL: (ITL-PRESC-INH DIE)</p> <ul style="list-style-type: none"> <input type="checkbox"/> Vérifier avec pharmacien si interactions médicamenteuses <input type="checkbox"/> Prescrire: Bilan hépatique, Créat., FSC (adulte et enfant), Syphilis² 	<p>Signature</p> <p>AA/ MM/ JJ</p>
1 ^{er} jour / date du début du Tx	Inf.	<p>Avant de débiter INH DIE ou TOD 2x/sem :</p> <ul style="list-style-type: none"> <input type="checkbox"/> S'assurer de l'absence de symptômes suggestifs de tuberculose active. Si présence de symptômes, demander avis médical STAT avant de débiter le traitement. <input checked="" type="checkbox"/> S'assurer d'avoir de la pyridoxine injectable si intoxication à l'INH <input type="checkbox"/> Débiter INH et pyridoxine selon prescription médicale (DIE ou TOD) <input type="checkbox"/> Enseignement à la clientèle (traitement, compliance, effets secondaires) <input type="checkbox"/> Prévoir formulaires de suivi: <ul style="list-style-type: none"> <input type="checkbox"/> Enregistrement de la médication (ITL-ENREG-MÉD-INH-DIE ou TOD) <input type="checkbox"/> Courbe de compliance (ITL-COURBE-INH) si INH DIE³ <input type="checkbox"/> Évaluation clinique mensuelle (TB ACT/ITL-EVAL MENS) <input type="checkbox"/> Faire bilan hépatique, Créat., FSC (adulte et enfant), Syphilis² 	<p>Signature</p> <p>AA/ MM/ JJ</p>
Fin du 1 ^{er} mois de Tx	Inf.	<ul style="list-style-type: none"> <input type="checkbox"/> Suivi mensuel régulier: Si anormal, aviser le médecin <input type="checkbox"/> Suivi de la médication et soutien au client (ITL-ENREG-MÉD-INH-DIE ou TOD) et (ITL-COURBE-INH) si INH DIE³ <input type="checkbox"/> Évaluation clinique mensuelle (TB ACT/ITL-EVAL MENS) <input type="checkbox"/> Sur prescription médicale, faire bilan hépatique, Créat. PRN (adulte⁴ et enfant⁵) 	<p>Signature</p> <p>AA/ MM/ JJ</p>

Signature du MD: _____ N° permis: _____ Date: ____/____/____

¹ Si l'antibiogramme chez le cas index n'est pas connu au moment de prescrire le traitement préventif, assurez-vous d'ajuster le régime de l'usager dès qu'une résistance au traitement antituberculeux prescrit est confirmée.

² Offrir dépistage de la syphilis chez les ≥ 14 ans dû à l'épidémiologie de la région. Référer les résultats pour suivi équipe ITSS de la DRSP.

³ La courbe de compliance n'est pas utile en TOD, car chaque dose prise est enregistrée.

⁴ Si symptomatique **OU** ≥ 50 ans **OU** si présence d'une des conditions suivantes: Grossesse ou accouchement au cours des 3 derniers mois, cirrhose évolutive ou hépatite évolutive chronique toutes causes confondues, hépatite C, hépatite B avec des concentrations de transaminases anormales, consommation quotidienne d'alcool, prise d'autres médicaments hépatotoxiques, antécédents d'hépatite provoquée par des médicaments. (Guide d'intervention – La tuberculose, MSSS, 2017)

⁵ Enfant - Si symptomatique ou bilan de base anormal.

(DRSP-TB_ITL_PROT-SUIVI-INH-DIE-TOD, V2020-10-01)

3 de 6
DOSSIER CLSC

TB latente

Protocole de suivi – INH TOD/die

Particularités :

- ◆ Pas de courbe de compliance quand INH en TOD
- ◆ Dépistage syphilis opportuniste avec l'accord du patient



Centre de Santé et Services Sociaux Inuitivik
Inuitivik Health & Social Services Centre
Puvionut, Québec, J0M 0P0
T 010 386-6707 / F 010 386-6710

ᐃᑦᐱᑦ ᑕᑦᐱᑦ ᑕᑦᐱᑦ
UNGAVA TULIATTANI HEALTH CENTRE
CENTRE DE SANTÉ TULIATTANI DE 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 PNC OR UTHC.
IF NOT AVAILABLE, WRITE THE NAME, SURNAME,
DATE OF BIRTH AND FILE NUMBER

**INFECTION TUBERCULOSE LATENTE
ADULTE ET PÉDIATRIQUE
PROTOCOLE DE SUIVI – ORDONNANCE MÉDICALE
STANDARD • INH DIE ou TOD 2x/sem**

Temps	Suivi	Interventions et Investigations	Date et Signature
Pré-traitement	MD	<p>Avant de prescrire INH DIE ou TOD 2x/sem :</p> <p><input type="checkbox"/> S'assurer que rpx récente (< 12 semaines depuis la rpx précédente)</p> <p><input type="checkbox"/> Si BK demandés, s'assurer du résultat négatif des cultures (sauf si avis contraire du spécialiste consulté)</p> <p>Vérifier également si:</p> <p>1. TB active antérieure: <input type="checkbox"/> Oui <input type="checkbox"/> Non</p> <p>2. Antécédents d'hépatite secondaire à antituberculeux: <input type="checkbox"/> Oui <input type="checkbox"/> Non</p> <p>3. Cas index résistant à INH¹: <input type="checkbox"/> Oui <input type="checkbox"/> Non</p> <p>Note: Si <i>Oui</i> à 1, 2 ou 3: consulter resp-north@mcgill.ca (adulte) ou mchtb@muhc.mcgill.ca (enfant)</p> <p>Si <i>Non</i> à 1, 2 et 3: débiter le traitement ITL: (ITL-PRESC-INH DIE)</p> <p><input type="checkbox"/> Vérifier avec pharmacien si interactions médicamenteuses</p> <p><input type="checkbox"/> Prescrire: Bilan hépatique, Créat., FSC (adulte et enfant), Syphilis²</p>	Signature AA/ MM/ JJ
1 ^{er} jour / date du début du Tx	Inf.	<p>Avant de débiter INH DIE ou TOD 2x/sem :</p> <p><input type="checkbox"/> S'assurer de l'absence de symptômes suggestifs de tuberculose active. Si présence de symptômes, demander avis médical STAT avant de débiter le traitement.</p> <p><input type="checkbox"/> S'assurer d'avoir de la pyridoxine injectable si intoxication à l'INH</p> <p><input type="checkbox"/> Débiter INH et pyridoxine selon prescription médicale (DIE ou TOD)</p> <p><input type="checkbox"/> Enseignement à la clientèle (traitement, compliance, effets secondaires)</p> <p><input type="checkbox"/> Prévoir formulaires de suivi:</p> <p><input type="checkbox"/> Enregistrement de la médication (ITL-ENREG-MÉD-INH-DIE ou TOD)</p> <p><input type="checkbox"/> Courbe de compliance (ITL-COURBE-INH) si INH DIE³</p> <p><input type="checkbox"/> Évaluation clinique mensuelle (TB ACT/ITL-EVAL MENS)</p> <p><input type="checkbox"/> Faire bilan hépatique, Créat., FSC (adulte et enfant), Syphilis²</p>	Signature AA/ MM/ JJ
Fin du 1 ^{er} mois de Tx	Inf.	<p><input type="checkbox"/> Suivi mensuel régulier: Si anormal, aviser le médecin</p> <p><input type="checkbox"/> Suivi de la médication et soutien au client (ITL-ENREG-MED-INH-DIE ou TOD) et (ITL-COURBE-INH) si INH DIE³</p> <p><input type="checkbox"/> Évaluation clinique mensuelle (TB ACT/ITL-EVAL MENS)</p> <p><input type="checkbox"/> Sur prescription médicale, faire bilan hépatique, Créat. PRN (adulte⁴ et enfant⁵)</p>	Signature AA/ MM/ JJ

Signature du MD: _____ N° permis: _____ Date: ____/____/____

¹ Si l'antibiogramme chez le cas index n'est pas connu au moment de prescrire le traitement préventif, assurez-vous d'ajuster le régime de l'usager dès qu'une résistance au traitement antituberculeux prescrit est confirmée.

² Offrir dépistage de la syphilis chez les ≥ 14 ans dû à l'épidémiologie de la région. Référer les résultats pour suivi équipe ITSS de la DRSP.

³ La courbe de compliance n'est pas utile en TOD, car chaque dose prise est enregistrée.

⁴ Si symptomatique OU ≥ 50 ans OU si présence d'une des conditions suivantes: Grossesse ou accouchement au cours des 3 derniers mois, cirrhose évolutive ou hépatite évolutive chronique toutes causes confondues, hépatite C, hépatite B avec des concentrations de transaminases anormales, consommation quotidienne d'alcool, prise d'autres médicaments hépatotoxiques, antécédents d'hépatite provoquée par des médicaments. (Guide d'intervention – La tuberculose, MSSS, 2017)

⁵ Enfant - Si symptomatique ou bilan de base anormal.

(DRSP-TB_ITL_PROT-SUIVI-INH-DIE-TOD, V2020-10-01)

TB latente

Protocole de suivi – INH TOD/die

En fin de traitement – INF :

- ◆ Enregistrement de la médication
- ◆ Évaluation mensuelle des symptômes
- ◆ Courbe de compliance **seulement pour INH die**
- ◆ Notes médicales et infirmières
- ◆ Guide de suivi clinico-radiologique



Centre de Santé et Services Sociaux Inuitsvik
Inuitsvik Health & Social Services Centre
Paviljong, Québec, J0M 1P0
T: 514 988-2197 / F: 514 988-2716



ᐅᓄᓐᓐ ᐅᓄᓄᓐ ᐅᓄᓄᓄᓐᓐ
INUVANGA HEALTH CENTER
CENTRE DE SANTÉ TULATSORIK DE L'INUVANGA

EMBOISSER ICI LA CARTE DU CSI OU CSTU.
SI NON DISPONIBLE, INSCRIRE LES NOM, PRENOM,
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.

**INFECTION TUBERCULOSE LATENTE
ADULTE ET PÉDIATRIQUE**
PROTOCOLE DE SUIVI – ORDONNANCE MÉDICALE
STANDARD • INH DIE ou TOD 2x/sem

Temps	Suivi	Interventions et Investigations	Date et Signature
Fin du 7 ^e mois de Tx AA/ MM/ JJ	Inf.	<input type="checkbox"/> Suivi mensuel régulier: Si anormal, aviser le médecin <input type="checkbox"/> Suivi de la médication et soutien au client (<i>ITL-ENREG-MÉD-INH-DIE</i> ou <i>TOD</i>) et (<i>ITL-COURBE-INH</i>) si INH DIE ³ <input type="checkbox"/> Évaluation clinique mensuelle (<i>TB ACT/ITL-EVAL MENS</i>) <input type="checkbox"/> Sur prescription médicale, faire bilan hépatique, Créat. PRN (adulte ⁴ et enfant ⁵)	Signature AA/ MM/ JJ
Fin du 8 ^e mois de Tx AA/ MM/ JJ	Inf.	<input type="checkbox"/> Suivi mensuel régulier: Si anormal, aviser le médecin <input type="checkbox"/> Suivi de la médication et soutien au client (<i>ITL-ENREG-MÉD-INH-DIE</i> ou <i>TOD</i>) et (<i>ITL-COURBE-INH</i>) si INH DIE ³ <input type="checkbox"/> Évaluation clinique mensuelle (<i>TB ACT/ITL-EVAL MENS</i>) <input type="checkbox"/> Sur prescription médicale, faire bilan hépatique, Créat. PRN (adulte ⁴ et enfant ⁵)	Signature AA/ MM/ JJ
Fin de Tx 9 ^e mois AA/ MM/ JJ	Inf.	<input type="checkbox"/> Suivi mensuel régulier: Si anormal, aviser le médecin <input type="checkbox"/> Suivi de la médication et soutien au client (<i>ITL-ENREG-MÉD-INH-DIE</i> ou <i>TOD</i>) et (<i>ITL-COURBE-INH</i>) si INH DIE ³ <input type="checkbox"/> Évaluation clinique mensuelle (<i>TB ACT/ITL-EVAL MENS</i>) <input type="checkbox"/> Au besoin, planifier suivi clinico-radiologique (<i>TB ACT/ITL-CLIN-RADIOL</i>) <input style="border: 2px solid red;" type="checkbox"/> Acheminer tous ces documents complétés à la DRSP	Signature AA/ MM/ JJ
	MD	<input type="checkbox"/> Documenter l'observance et la fin de traitement <input type="checkbox"/> Compléter et signer le suivi clinico-radiologique <u>en post fin de traitement</u> selon le guide: (<i>TB ACT-ITL-CLIN-RADIOL</i>) <input type="checkbox"/> Mettre à jour la liste des problèmes (antécédents) au dossier patient	Signature AA/ MM/ JJ

Signature du MD: _____ N° permis: _____ Date: AA/ MM/ JJ

TB latente

Protocole de suivi – RIF fenêtre



Centre de Santé et Services Sociaux Inuitivik
Inuitivik Health & Social Services Centre
Pauyasuk, Québec J0M 1P0
T 819 368-2557 / F 819 368-2756



ᐅᐱᐅᐅ ᐅᐱᐅᐅ ᐅᐱᐅᐅᐅᐅᐅᐅ
UNGAVA TULIATTARIA HEALTH CENTER
CENTRE DE SANTÉ TULIATTARIE DE UNGAVA

EMBOSSER ICI LA CARTE OU CMI DU CSTU
SI NON DISPONIBLE INSCRIRE LES NOM, PRÉNOM,
DATE DE NAISSANCE ET NUMÉRO DOSSIER
EMBOSS HERE THE CARD OR IHC OR UTHC
IF NOT AVAILABLE, WRITE THE NAME, SURNAME,
DATE OF BIRTH AND FILE NUMBER

**CONTACT TUBERCULOSE ACTIVE 0 – < 5 ANS
PROTOCOLE DE SUIVI – ORDONNANCE MÉDICALE
STANDARD RIFAMPICINE (RIF) • PÉRIODE-
FENÊTRE**

But : Uniformiser la prise en charge des enfants de 0 à < 5 ans ayant été en contact avec un cas de tuberculose active et assurer le suivi selon la prescription médicale par les différents professionnels de la santé concernés durant la période-fenêtre lorsque le 1^o TCT est < 5mm.

Objectifs :

- S'assurer d'une prophylaxie optimale de l'ITL afin de prévenir l'apparition d'une tuberculose active.
- Offrir un suivi optimal et régulier aux patients en cours de traitement.
- Identifier rapidement les problèmes de compliance et offrir le soutien approprié.
- Détecter rapidement l'apparition de symptômes évocateurs d'une TB active et référer au médecin.
- Détecter précocement les événements indésirables et assurer leur prise en charge.

Cette ordonnance doit être initiée par un médecin au moment de la prescription d'antituberculeux.

Note :

- Pour toute question, contacter le pneumologue pédiatrique à mchtb@muhc.mcgill.ca OU contacter le pneumologue de garde au CUSM au **514 934-1934**.
- Aviser la Direction de Santé publique pour les nouveaux cas d'ITL.

Note importante: Toute prescription médicale individuelle a préséance sur le suivi « Standard » décrit dans cette procédure.

Instruction d'utilisation du protocole

L'ordonnance suivante, une fois signée et datée par le médecin, sert de prescription médicale pour les bilans et les examens paracliniques nécessaires au suivi des patients. L'infirmière et le médecin doivent signer et cocher les cases qui se rapportent à leurs tâches au fur et à mesure que les actions auront été prises.

Les prescriptions de médicaments se feront cependant sur les feuilles de prescription spécifiques au traitement d'ITL.

Rédigé par : Dre Latoya Campbell du CSTU & Dre Élise Bélanger-Desjardins du CSI
Dr Jean-François Proulx et l'équipe en maladies infectieuses, RRSSSN
Dr Faiz Ahmad Khan & Dr David Zielinski, pneumologues & consultants TB, CUSM et Nunavik

Révisé par : Dr Valérie Messier et Aurélie Heurtebize (RRSSSN) le 2021-02-24

Approuvé par : Comité exécutif du CMDPSF du CSI le 2021-04-26
Comité exécutif du CMDPSF du CSTU le 2021-04-14

(DRSP-TB_ITL_PROT-SUIVI-RIF-FENETRE, V2021-02-24)

1 de 2
DOSSIER CLSC

TB latente

Protocole de suivi – RIF fenêtre

Particularités :

- ◆ Un TCT s'accompagne toujours d'une évaluation clinique. S'assurer que le patient est asymptomatique.
- ◆ Cesser sur prescription médicale.



CONTACT TUBERCULOSE ACTIVE 0 – < 5 ANS PROTOCOLE DE SUIVI – ORDONNANCE MÉDICALE STANDARD RIFAMPICINE (RIF) • PÉRIODE-FENÊTRE

EMBOSSER ICI LA CARTE OU CSD OU CSTU
SI NON DISPONIBLE, INSCRIRE LES NOM, PRENOM,
DATE DE NAISSANCE ET NUMÉRO DOSSIER
EMBOSS HERE THE CARD OF PIC OR UTHC
IF NOT AVAILABLE, WRITE THE NAME, SURNAME,
DATE OF BIRTH AND FILE NUMBER

Temps	Suivi	Interventions et Investigations	Date et Signature
Pré-traitement AA/MM/JJ	MD	Avant de prescrire RIF-période fenêtre : <input type="checkbox"/> Éliminer diagnostic de TB active (RXP et examen clinique normaux) Vérifier si : <input type="checkbox"/> TB active antérieure <input type="checkbox"/> Souche du cas index est résistante à la Rifampicine <input type="checkbox"/> Si oui, consulter mchtb@muhc.mcqill.ca <input type="checkbox"/> Si non, prescrire le traitement RIF-Période-fenêtre (ITL-PRESC-Rifampicine-Fenêtre) <input type="checkbox"/> Prescrire - Bilan hépatique, Créat., FSC <input type="checkbox"/> Vérifier avec pharmacien si interactions médicamenteuses (Par ex.: Dilantin)	Signature AA/ MM/ JJ
1 ^{er} jour / date du début du Tx AA/MM/JJ	Inf.	<input type="checkbox"/> Faire bilan hépatique, Créat., FSC tel que prescrit plus haut. <input type="checkbox"/> Débuter Rifampicine (RIF) selon prescription médicale <input type="checkbox"/> Informer le parent / tuteur (traitement, compliance, effets secondaires) <input type="checkbox"/> Prévoir formulaires de suivi: Courbe de compliance ITL-COURBE-RIF Enregistrement de la médication ITL-ENREG-MÉD-RIF Évaluation clinique mensuelle TB ACT/ITL-EVAL MENS	Signature AA/ MM/ JJ
Fin du 1 ^{er} mois de Tx AA/MM/JJ	Inf.	<input type="checkbox"/> Suivi mensuel régulier. Si anormal, aviser le médecin <input type="checkbox"/> Suivi de la médication / soutien au client: ITL-COURBE-RIF et ITL-ENREG-MÉD-RIF <input type="checkbox"/> Évaluation clinique mensuelle TB ACT/ITL-EVAL MENS <input type="checkbox"/> Sur prescription médicale, faire bilan hépatique, Créat. Enfant-PRN ¹	Signature AA/ MM/ JJ
Fin du 2 ^e mois de Tx OU Fin de la période-fenêtre ² AA/MM/JJ	Inf.	<input checked="" type="checkbox"/> Faire TCT² post-période fenêtre: Voir section 4 de l'Évaluation clinique d'un contact avec un cas de TB active TB/CONTACT-ÉVAL-CLIN (Déjà existant dans le Dossier de l'enfant) <input type="checkbox"/> TCT < 5 mm et asymptomatique = aviser le MD et cesser le traitement sur prescription médicale. <input type="checkbox"/> TCT ≥ 5 mm ou conversion ³ ou patient symptomatique = aviser le MD	Signature AA/ MM/ JJ
	MD	<input type="checkbox"/> Si TCT post-période fenêtre est ≥ 5 mm ou conversion ³ ou patient symptomatique : <input type="checkbox"/> Évaluation médicale → Si anormale, consulter mchtb@muhc.mcqill.ca <input type="checkbox"/> Si aucun signe ou symptôme de TB active <input type="checkbox"/> Prescrire le traitement ITL ITL-PRESC-Rifampicine <input type="checkbox"/> Signer le protocole ITL ITL-PROT-SUIVI-RIF	Signature AA/ MM/ JJ

Signature du MD : _____ N° permis : _____ Date : AA/ MM/ JJ

¹ Si symptomatique ou bilan de base anormal.

² La fin de la période-fenêtre correspond à 8 semaines post dernière exposition avec le cas index. Exception : Si l'enfant est âgé de < 6 mois, le traitement sera poursuivi jusqu'à ce qu'il soit âgé de 6 mois au moment où l'on effectuera le TCT # 2.

³ Conversion correspond à ≥ 6 mm entre les 2 derniers TCT.

TB latente

A chaque visite

LE TRIO !

1. Enregistrement de la médication
2. Courbe de compliance
3. Évaluation clinique mensuelle

Boîte à outils - tuberculose

▶	Introduction																																																																		
▶	Investigations diagnostiques																																																																		
▼	TB latente																																																																		
<table border="1"> <thead> <tr> <th>Prescriptions de la médication ITL</th> <th>1^{re} diffusion</th> <th>Mise à jour</th> </tr> </thead> <tbody> <tr> <td>Traitement ITL - RIF </td> <td></td> <td>2019-11-29</td> </tr> <tr> <td>Traitement ITL - INH TOD </td> <td></td> <td>2019-11-29</td> </tr> <tr> <td>Traitement ITL - INH die </td> <td></td> <td>2019-11-29</td> </tr> <tr> <td>Traitement ITL - RIF période fenêtre </td> <td></td> <td>2019-11-29</td> </tr> <tr> <td colspan="3">Protocoles de suivi ITL</td> </tr> <tr> <td>Protocole de suivi ITL - RIF </td> <td></td> <td>2019-11-25</td> </tr> <tr> <td>Protocole de suivi ITL - INH DIE et TOD </td> <td></td> <td>2019-11-24</td> </tr> <tr> <td>Protocole de suivi ITL - RIF période fenêtre </td> <td></td> <td>2019-11-24</td> </tr> <tr> <td colspan="3">Enregistrement de la médication ITL</td> </tr> <tr> <td>Enregistrement de la médication ITL - RIF </td> <td></td> <td>2019-11-23</td> </tr> <tr> <td>Enregistrement de la médication ITL - INH TOD </td> <td></td> <td>2019-11-23</td> </tr> <tr> <td>Enregistrement de la médication ITL - INH die </td> <td></td> <td>2019-11-26</td> </tr> <tr> <td colspan="3">Courbes de compliance Rif / INH die</td> </tr> <tr> <td>Courbe de compliance - RIF </td> <td></td> <td>2020-01-07</td> </tr> <tr> <td>Courbe de compliance - INH die </td> <td></td> <td>2019-04-16</td> </tr> <tr> <td colspan="3">Évaluation clinique mensuelle TB / ITL</td> </tr> <tr> <td>Procédure - Évaluation clinique mensuelle </td> <td></td> <td>2019-02-28</td> </tr> <tr> <td>Évaluation clinique mensuelle </td> <td></td> <td>2019-02-28</td> </tr> <tr> <td colspan="3">Suivi clinico-radiologique</td> </tr> <tr> <td>Guide de suivi clinico-radiologique </td> <td></td> <td>2019-12-18</td> </tr> <tr> <td>Évaluation clinique du suivi clinico-radiologique </td> <td></td> <td>2019-12-18</td> </tr> </tbody> </table>		Prescriptions de la médication ITL	1 ^{re} diffusion	Mise à jour	Traitement ITL - RIF		2019-11-29	Traitement ITL - INH TOD		2019-11-29	Traitement ITL - INH die		2019-11-29	Traitement ITL - RIF période fenêtre		2019-11-29	Protocoles de suivi ITL			Protocole de suivi ITL - RIF		2019-11-25	Protocole de suivi ITL - INH DIE et TOD		2019-11-24	Protocole de suivi ITL - RIF période fenêtre		2019-11-24	Enregistrement de la médication ITL			Enregistrement de la médication ITL - RIF		2019-11-23	Enregistrement de la médication ITL - INH TOD		2019-11-23	Enregistrement de la médication ITL - INH die		2019-11-26	Courbes de compliance Rif / INH die			Courbe de compliance - RIF		2020-01-07	Courbe de compliance - INH die		2019-04-16	Évaluation clinique mensuelle TB / ITL			Procédure - Évaluation clinique mensuelle		2019-02-28	Évaluation clinique mensuelle		2019-02-28	Suivi clinico-radiologique			Guide de suivi clinico-radiologique		2019-12-18	Évaluation clinique du suivi clinico-radiologique		2019-12-18
Prescriptions de la médication ITL	1 ^{re} diffusion	Mise à jour																																																																	
Traitement ITL - RIF		2019-11-29																																																																	
Traitement ITL - INH TOD		2019-11-29																																																																	
Traitement ITL - INH die		2019-11-29																																																																	
Traitement ITL - RIF période fenêtre		2019-11-29																																																																	
Protocoles de suivi ITL																																																																			
Protocole de suivi ITL - RIF		2019-11-25																																																																	
Protocole de suivi ITL - INH DIE et TOD		2019-11-24																																																																	
Protocole de suivi ITL - RIF période fenêtre		2019-11-24																																																																	
Enregistrement de la médication ITL																																																																			
Enregistrement de la médication ITL - RIF		2019-11-23																																																																	
Enregistrement de la médication ITL - INH TOD		2019-11-23																																																																	
Enregistrement de la médication ITL - INH die		2019-11-26																																																																	
Courbes de compliance Rif / INH die																																																																			
Courbe de compliance - RIF		2020-01-07																																																																	
Courbe de compliance - INH die		2019-04-16																																																																	
Évaluation clinique mensuelle TB / ITL																																																																			
Procédure - Évaluation clinique mensuelle		2019-02-28																																																																	
Évaluation clinique mensuelle		2019-02-28																																																																	
Suivi clinico-radiologique																																																																			
Guide de suivi clinico-radiologique		2019-12-18																																																																	
Évaluation clinique du suivi clinico-radiologique		2019-12-18																																																																	
▶	TB active																																																																		
▶	S'abonner																																																																		

TB latente

Enregistrement de la médication ITL - RIF



Centre de Santé et Services Sociaux Inuitivik
Inuitivik Health & Social Services Centre
Poulinville, Québec J0A 1P0
T 819 888-2957 / F 819 888-2794



ᐱᓄᓐ ᐅᓄᓐ ᐅᓄᓐ ᐅᓄᓐ
UNGAVA TULATTAVIK HEALTH CENTER
CENTRE DE SANTÉ TULATTAVIK DE L'UNGAVA

IDENTIFICATION

EMBOSSER ICI LA CARTE DU CSI ou CSTU
SI NON DISPONIBLE, INSCRIRE LES
PRÉNOM, NOM, DATE DE NAISSANCE ET
NO. DOSSIER

ENREGISTREMENT DE LA MÉDICATION – Infection tuberculeuse latente (ITL)

RIFAMPICINE – Adulte - Enfant

Date de début du traitement : ___/___/___ Date de fin de traitement : ___/___/___ Nombre total de doses prises*: _____

Rifampicine (RIF) _____ mg po DIE auto-administré X 120 doses sur 4 mois



Indicateurs	Début du tx	▶ A servir aux 2 semaines ou au mois, selon le degré de fiabilité du patient, avec <i>Courbe de compliance</i> et <i>Suivi mensuel</i> pour l'évaluation clinique. A la fin du traitement, référez-vous au <i>Suivi clinico-radiologique</i> pour le plan de suivi.					
Date de visite →							
Nombre de doses données (A)							
Nombre de doses restantes (B)	--						
Nombre de doses à prendre <i>ad</i> la prochaine visite (C)							
Nombre de doses prises depuis la dernière visite (D)	0						
Nombre cumulatif de doses prises (E)	0						
Initiales**							

Commentaires : _____ □

Procédure :

- (A) Inscrire le nombre de doses remises au patient au moment de la visite et l'aviser de rapporter son flacon/*dispill* lors de la prochaine visite.
- (B) Inscrire le nombre de doses restantes dans le flacon/*dispill* rapporté par le patient.
- (C) Inscrire la somme des nombres (A) + (B) de la visite en cours.
- (D) Inscrire le résultat de la soustraction du nombre (C) de la visite **précédente** – le nombre (B) de la visite **en cours**. Vérifier que le **nbre** de doses prises n'est pas plus grand que le **nbre** de jours d'intervalle entre les deux visites.
- (E) Inscrire la somme du nombre (E) de la visite **précédente** + le nombre (D) de la visite **en cours**.

* Inscrire le nombre de doses prises au total et référez-vous au *Suivi clinico-radiologique* pour le plan de suivi.

** Initiales de l'infirmière. Inscrire le nom/no de dossier/date de la prochaine visite à l'agenda et noter la date prévue, au crayon plomb, dans la colonne de la prochaine visite

Signature et # permis	Initiales	Signature et # permis	Initiales	Signature et # permis	Initiales

TB latente

Enregistrement de la médication ITL - RIF



Centre de Santé et Services Sociaux Inuitivik
Inuitivik Health & Social Services Centre
Povungaaq, Québec J0M 1P0
T 819 985-2957 / F 819 985-2996



ᐅᓂᐅ ᐅᓂᐅ ᐅᓂᐅ
UNGAVA TULLATTAVIK HEALTH CENTER
CENTRE DE SANTÉ TULLATTAVIK DE L'UNGAVA

IDENTIFICATION

EMBOSSER ICI LA CARTE DU CSI ou CSTU
SI NON DISPONIBLE, INSCRIRE LES
PRÉNOM, NOM, DATE DE NAISSANCE ET
NO. DOSSIER

ENREGISTREMENT DE LA MÉDICATION – Infection tuberculeuse latente (ITL) RIFAMPICINE – Adulte - Enfant

Date de début du traitement : ___/___/___ Date de fin du traitement : ___/___/___ Nombre total de doses prises* : ___

Rifampicine (RIF) _____ mg po DIE auto-administré X 120 doses sur 4 mois

Indicateurs	Début du tx	▶ A servir aux 2 semaines ou au mois, selon le degré de fiabilité du patient avec Courbe de compliance et Suivi mensuel pour le plan de s	
Date de visite →	2019-01-01		
Nombre de doses données (A)	14		
Nombre de doses restantes (B)	--		
Nombre de doses à prendre ad la prochaine visite (C)	14		
Nombre de doses prises depuis la dernière visite (D)	0		
Nombre cumulatif de doses prises (E)	0		
Initiales**			

A noter :

- ◆ Planifier la prochaine visite de sorte qu'il n'y ait pas de rupture de traitement (veille ou avant-veille).

Commentaires : _____

Procédure :

- Inscrire le nombre de doses remises au patient au moment de la visite et l'aviser de rapporter son flacon/dispill lors de la prochaine visite.
- Inscrire le nombre de doses restantes dans le flacon/dispill rapporté par le patient.
- Inscrire la somme des nombres (A) + (B) de la visite en cours.
- Inscrire le résultat de la soustraction du nombre (C) de la visite précédente – le nombre (B) de la visite en cours. Vérifier que le nbre de doses prises n'est pas plus grand que le nbre de jours d'intervalle entre les deux visites.
- Inscrire la somme du nombre (E) de la visite précédente + le nombre (D) de la visite en cours.

* Inscrire le nombre de doses prises au total et référez-vous au *Suivi clinico-radiologique* pour le plan de suivi.

** Initiales de l'infirmière. Inscrire le nom/no de dossier/date de la prochaine visite à l'agenda et noter la date prévue, au crayon plomb, dans la colonne de la prochaine visite.

Signature et # permis	Initiales	Signature et # permis	Initiales	Signature et # permis	Initiales

TB latente

Enregistrement de la médication ITL - RIF



Centre de Santé et Services Sociaux Inuitivik
Inuitivik Health & Social Services Centre
Inuvik, Québec J0M 1P0
T 019 985-2957 / F 019 985-2996



ᐅᓂᓂᓂ ᐅᓂᓂᓂ ᐅᓂᓂᓂ
UNGAVA TULLATTAVIK HEALTH CENTER
CENTRE DE SANTÉ TULLATTAVIK DE L'UNGAVA

IDENTIFICATION

EMBOSSER ICI LA CARTE DU CSI ou CSTU
SI NON DISPONIBLE, INSCRIRE LES
PRÉNOM, NOM, DATE DE NAISSANCE ET
NO. DOSSIER

ENREGISTREMENT DE LA MÉDICATION – Infection tuberculeuse latente (ITL) RIFAMPICINE – Adulte - Enfant

Date de début du traitement : ___/___/___ Date de fin du traitement : ___/___/___ Nombre total de doses prises* : ___

Rifampicine (RIF) _____ mg po DIE auto-administré X 120 doses sur 4 mois

Indicateurs	Début du tx	» À servir aux 2 semaines ou au mois, selon le degré de fiabilité du patient, avec <i>Courbe de compliance</i> et <i>Suivi mensuel</i> pour l'évaluation clinique. À la fin du traitement, référez-vous au <i>Suivi clinico-radiologique</i> pour le plan de suivi.					
Date de visite →	2019-01-0	2019-01-14					
Nombre de doses données (A)	14	14					
Nombre de doses restantes (B)	--	0					
Nombre de doses à prendre ad la prochaine visite (C)	14	14					
Nombre de doses prises depuis la dernière visite (D)	0	14					
Nombre cumulatif de doses prises (E)	0	14					
Initiales**							

Exemple : Le patient se présente la bonne journée, et n'a raté aucune dose

Commentaires : _____

Procédure :

(A) Inscrire le nombre de doses remises au patient au moment de la visite et l'aviser de rapporter son flacon/*dispill* lors de la prochaine visite.

(B) Inscrire le nombre de doses restantes dans le flacon/*dispill* rapporté par le patient.

(C) Inscrire la somme des nombres (A) + (B) de la visite en cours.

(D) Inscrire le résultat de la soustraction du nombre (C) de la visite précédente – le nombre (B) de la visite en cours. Vérifier que le nbre de doses prises n'est pas plus grand que le nbre de jours d'intervalle entre les deux visites.

(E) Inscrire la somme du nombre (E) de la visite précédente + le nombre (D) de la visite en cours.

* Inscrire le nombre de doses prises au total et référez-vous au *Suivi clinico-radiologique* pour le plan de suivi.

** Initiales de l'infirmière. Inscrire le nom/no de dossier/date de la prochaine visite à l'agenda et noter la date prévue, au crayon plomb, dans la colonne de la prochaine visite.

Signature et # permis	Initiales	Signature et # permis	Initiales	Signature et # permis	Initiales

TB latente

Enregistrement de la médication ITL - RIF



Centre de Santé et Services Sociaux Inuittitivik
Inuittitivik Health & Social Services Centre
Puvimiq, Québec J0M 1P0
T 819 985-2957 / F 819 985-2395



ᐅᐃᐅᐅ ᐅᐅᐅᐅ ᐅᐅᐅᐅᐅᐅᐅᐅ
UNGAVA TULATTAVIK HEALTH CENTER
CENTRE DE SANTÉ TULATTAVIK DE UNGAVA

IDENTIFICATION

EMBOSSER ICI LA CARTE DU CSI ou CSTU
SI NON DISPONIBLE, INSCRIRE LES
PRÉNOM, NOM, DATE DE NAISSANCE ET
NO. DOSSIER

ENREGISTREMENT DE LA MÉDICATION – Infection tuberculeuse latente (ITL) RIFAMPICINE – Adulte - Enfant

Date de début du traitement : ___/___/___ Date de fin du traitement : ___/___/___ Nombre total de doses prises* : ___

Rifampicine (RIF) _____ mg po DIE auto-administré X 120 doses sur 4 mois

Indicateurs	Début du tx	» À servir aux 2 semaines ou au mois, selon le degré de fiabilité du patient, avec <i>Courbe de compliance</i> et <i>Suivi mensuel</i> pour l'évaluation clinique. À la fin du traitement, référez-vous au <i>Suivi clinico-radiologique</i> pour le plan de suivi.					
Date de visite →	2019-01-01	2019-01-14	2019-01-28				
Nombre de doses données (A)	14	14	14				
Nombre de doses restantes (B)	--	0	2				
Nombre de doses à prendre ad la prochaine visite (C)	14	14	16				
Nombre de doses prises depuis la dernière visite (D)	0	14	12				
Nombre cumulatif de doses prises (E)	0	14	26				
Initiales**							

Exemple : Le patient se présente la bonne journée, mais a râté 2 doses.

Commentaires : _____

Procédure :

(A) Inscire le nombre de doses remises au patient au moment de la visite et l'aviser de rapporter son flacon/*dispill* lors de la prochaine visite.

(B) Inscire le nombre de doses restantes dans le flacon/*dispill* rapporté par le patient.

(C) Inscire la somme des nombres (A) + (B) de la visite en cours.

(D) Inscire le résultat de la soustraction du nombre (C) de la visite précédente – le nombre (B) de la visite en cours. Vérifier que le nbre de doses prises n'est pas plus grand que le nbre de jours d'intervalle entre les deux visites.

(E) Inscire la somme du nombre (E) de la visite précédente + le nombre (D) de la visite en cours.

* Inscire le nombre de doses prises au total et référez-vous au *Suivi clinico-radiologique* pour le plan de suivi.

** Initiales de l'infirmière. Inscire le nom/no de dossier/date de la prochaine visite à l'agenda et noter la date prévue, au crayon plomb, dans la colonne de la prochaine visite.

Signature et # permis	Initiales	Signature et # permis	Initiales	Signature et # permis	Initiales

TB latente

Enregistrement de la médication ITL - RIF



Centre de Santé et Services Sociaux Inuullitvik
Inuullitvik Health & Social Services Centre
Ivutitbaq, Québec J0M 1P0
T 819 985-2957 / F 819 985-2990



ᐅᐅᐅᐅ ᐅᐅᐅᐅ ᐅᐅᐅᐅᐅᐅᐅᐅ
LINGAYA TULATTAVIK HEALTH CENTER
CENTRE DE SANTÉ TULATTAVIK DE L'INUVIK

IDENTIFICATION

EMBOSSER ICI LA CARTE DU CSI ou CSTU
SI NON DISPONIBLE, INSCRIRE LES
PRÉNOM, NOM, DATE DE NAISSANCE ET
NO. DOSSIER

ENREGISTREMENT DE LA MÉDICAMENTION – Infection tuberculeuse latente (ITL) RIFAMPICINE – Adulte - Enfant

Date de début du traitement : ___/___/___ Date de fin du traitement : ___/___/___ Nombre total de doses prises* : ___

Rifampicine (RIF) _____ mg po DIE auto-administré X 120 doses sur 4 mois

Indicateurs	Début du tx	» A servir aux 2 semaines ou au mois, selon le degré de fiabilité du patient, avec <i>Courbe de compliance et Suivi mensuel</i> pour l'évaluation clinique. À la fin du traitement, référez-vous au <i>Suivi clinico-radiologique</i> pour le plan de suivi					
Date de visite →	2019-01-01	2019-01-15	2019-01-26				
Nombre de doses données (A)	14	14	14				
Nombre de doses restantes (B)	--	0	2				
Nombre de doses à prendre <i>ad</i> la prochaine visite (C)	14	14	16				
Nombre de doses prises depuis la dernière visite (D)	0	14	12				
Nombre cumulatif de doses prises (E)	0	14	26				
Initiales**							

Exemple : Le patient se présente avec 2 jours d'avance.

Commentaires : _____

Procédure :

- Inscrire le nombre de doses remises au patient au moment de la visite et l'aviser de rapporter son flacon/*dispill* lors de la prochaine visite.
- Inscrire le nombre de doses restantes dans le flacon/*dispill* rapporté par le patient.
- Inscrire la somme des nombres (A) + (B) de la visite en cours.
- Inscrire le résultat de la soustraction du nombre (C) de la visite précédente – le nombre (B) de la visite en cours. Vérifier que le nbre de doses prises n'est pas plus grand que le nbre de jours d'intervalle entre les deux visites.
- Inscrire la somme du nombre (E) de la visite précédente + le nombre (D) de la visite en cours.

* Inscrire le nombre de doses prises au total et référez-vous au *Suivi clinico-radiologique* pour le plan de suivi.

** Initiales de l'infirmière. Inscrire le nom/no de dossier/date de la prochaine visite à l'agenda et noter la date prévue, au crayon plomb, dans la colonne de la prochaine visite.

Signature et # permis	Initiales	Signature et # permis	Initiales	Signature et # permis	Initiales

TB latente

Enregistrement de la médication ITL - RIF



Centre de Santé et Services Sociaux Inuitisvik
Inuitisvik Health & Social Services Centre
Nunavut, Québec J0M 1P0
T 819 980-2957 / F 819 980-2990



ᐅᐱᐅᐅ ᐅᐱᐅᐅᐅᐅᐅᐅ
L'INUVIK TULATTAVIK HEALTH CENTER
CENTRE DE SANTÉ TULATTAVIK DE L'INUVIK

IDENTIFICATION

EMBOSSER ICI LA CARTE DU CSI ou CSTU
SI NON DISPONIBLE, INSCRIRE LES
PRÉNOM, NOM, DATE DE NAISSANCE ET
NO. DOSSIER

ENREGISTREMENT DE LA MÉDICATION – Infection tuberculeuse latente (ITL) RIFAMPICINE – Adulte - Enfant

Date de début du traitement : ___/___/___ Date de fin du traitement : ___/___/___ Nombre total de doses prises* : _____

Rifampicine (RIF) _____ mg po DIE auto-administré X 120 doses sur 4 mois

Indicateurs	Début du traitement	» A servir aux 2 semaines ou au mois, selon le degré de fiabilité du patient, avec <i>Courbe de compliance</i> et <i>Suivi mensuel</i> pour l'évaluation clinique. À la fin du traitement, référez-vous au <i>Suivi clinico-radiologique</i>		
Date de visite →	2019-___-___			
Nombre de doses données (A)				
Nombre de doses restantes (B)				
Nombre de doses à prendre <i>ad</i> la prochaine visite (C)				
Nombre de doses prises depuis la dernière visite (D)				
Nombre cumulatif de doses prises (E)				
Initiales**				

Commentaires : _____

Procédure :

- (A) Inscrire le nombre de doses remises au patient au moment de la visite et l'aviser de rapporter son flacon/*dispill* lors de la prochaine visite.
- (B) Inscrire le nombre de doses restantes dans le flacon/*dispill* rapporté par le patient.
- (C) Inscrire la somme des nombres (A) + (B) de la visite en cours.
- (D) Inscrire le résultat de la soustraction du nombre (C) de la visite précédente – le nombre (B) de la visite en cours. Vérifier que le nbre de doses prises n'est pas plus grand que le nbre de jours d'intervalle entre les deux visites.
- (E) Inscrire la somme du nombre (E) de la visite précédente + le nombre (D) de la visite en cours.

* Inscrire le nombre de doses prises au total et référez-vous au *Suivi clinico-radiologique* pour le plan de suivi.

** Initiales de l'infirmière. Inscrire le nom/no de dossier/date de la prochaine visite à l'agenda et noter la date prévue, au crayon plomb, dans la colonne de la prochaine visite.

Signature et # permis	Initiales	Signature et # permis	Initiales	Signature et # permis	Initiales

TB latente

Enregistrement de la médication ITL - RIF



Centre de Santé et Services Sociaux Inuitivik
Inuitivik Health & Social Services Centre
Poulinville, Québec J0A 1P0
T 819 988-2957 / F 819 988-2794



Ungava Tullattavik Health Center
CENTRE DE SANTÉ TULLATTAVIK DE L'UNGAVA

IDENTIFICATION

EMBOSSER ICI LA CARTE DU CSI ou CSTU
SI NON DISPONIBLE, INSCRIRE LES
PRÉNOM, NOM, DATE DE NAISSANCE ET
NO. DOSSIER

ENREGISTREMENT DE LA MÉDICATION – Infection tuberculeuse latente (ITL)

RIFAMPICINE – Adulte - Enfant

Date de début du traitement : ___/___/___ Date de fin du traitement : ___/___/___ Nombre total de doses prises* : ___

Rifampicine (RIF) ___ mg po DIE auto-administré X 120 doses sur 4 mois

Indicateurs	Début du tx	▶ A servir aux 2 semaines ou au mois, selon le degré de fiabilité du patient, avec <i>Courbe de compliance</i> et <i>Suivi mensuel</i> pour l'évaluation clinique. A la fin du traitement, référez-vous au <i>Suivi clinico-radiologique</i> pour le plan de suivi.					
Date de visite →							
Nombre de doses données (A)							
Nombre de doses restantes (B)							
Nombre de doses prises la prochaine visite (C)							
Nombre de doses prises depuis la dernière visite (D)							
Nombre cumulé de doses prises (E)							
Initiales**							

A noter :

- ◆ S'assurer directement auprès du patient de la **date de la dernière dose prise!!!**

Commentaires :

Procédure :

- Inscrire le nombre de doses remises au patient au moment de la visite et l'aviser de rapporter son flacon/*dispill* lors de la prochaine visite.
 - Inscrire le nombre de doses restantes dans le flacon/*dispill* rapporté par le patient.
 - Inscrire la somme des nombres (A) + (B) de la visite en cours.
 - Inscrire le résultat de la soustraction du nombre (C) de la visite **précédente** – le nombre (B) de la visite **en cours**. Vérifier que le **nbre** de doses prises n'est pas plus grand que le **nbre** de jours d'intervalle entre les deux visites.
 - Inscrire la somme du nombre (E) de la visite **précédente** + le nombre (D) de la visite **en cours**.
- * Inscrire le nombre de doses prises au total et référez-vous au *Suivi clinico-radiologique* pour le plan de suivi.
** Initiales de l'infirmière. Inscrire le nom/no de dossier/date de la prochaine visite à l'agenda et noter la date prévue, au crayon plomb, dans la colonne de la prochaine visite.

Signature et # permis	Initiales	Signature et # permis	Initiales	Signature et # permis	Initiales

TB latente

Enregistrement de la médication ITL – INH TOD



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



ᐅᐃᐱᐱ ᐅᐃᐱᐱ ᐱᐃᐃᐃᐱᐱ ᐱᐃᐃᐃᐱᐱ
UNGAVA TULATTAVIK HEALTH CENTER
CENTRE DE SANTÉ TULATTAVIK DE L'UNGAVA

IDENTIFICATION

EMBOSSER ICI LA CARTE DU CSI ou GSTU
SI NON DISPONIBLE, INSCRIRE LES
PRÉNOM, NOM, DATE DE NAISSANCE ET
NO. DOSSIER

ENREGISTREMENT DE LA MÉDICATION – Infection tuberculeuse latente (ITL)

Isoniazide (INH) TOD – Adulte - Enfant

Date de début du tx¹ : ___/___/___ Date de fin du tx² : ___/___/___ Nombre total de doses prises³ : _____

Isoniazide (INH) _____ mg PO 2 X semaine TOD X 78 doses sur 9 mois

Durée du traitement prescrit et nombre de doses à donner 9 mois = 1 dose 2 X semaine = 78 doses		▶ Aviser le médecin traitant et la santé publique si a) 3 doses consécutives manquées b) plus de 3 doses manquées/10 doses consécutives c) compliance erratique.																										
Inscrire le mois																												
Inscrire les dates calendrier →																												
Jours semaine →	L	M	M	J	V	S	D	L	M	M	J	V	S	D	L	M	M	J	V	S	D	L	M	M	J	V	S	D
Isoniazide (INH) _____ mg po TOD 2 X sem.																												
Vitamine B6 _____ mg po TOD 2 X sem.																												
Nombre de doses ⁴ (cumulatif)																												
Inscrire																												
Inscrire																												
Jours semaine →	L	M	M	J	V	S	D	L	M	M	J	V	S	D	L	M	M	J	V	S	D	L	M	M	J	V	S	D
Isoniazide (INH) _____ mg po TOD 2 X sem.																												
Vitamine B6 _____ mg po TOD 2 X sem.																												
Nombre de doses ⁴ (cumulatif)																												

2 x / sem :
les lun-jeu
ou les mar-ven

Noter :

- ◆ Ses initiales, puis signer dans le tableau en bas de page
- ◆ Ou AA pour auto-administré lors de situations particulières.

¹ Inscrire la date de la prise de la première dose.
² Inscrire la date qui correspond à la prise de la dernière dose.
³ Inscrire le nombre de doses prises au total et réévaluez.
⁴ Effectuer le décompte cumulatif du nombre de doses.

Procédure :

- ▶ Inscrire vos initiales dans chacune des cases où les médicaments sont administrés en TOD (thérapie sous observation directe) : 2 jours par semaine;
- ▶ Inscrire AA dans les cases où les médicaments sont auto-administrés lors de situations très particulières. Cette pratique est non recommandée, sauf si patient extrêmement faible;
- ▶ Inscrire ☒ dans les cases où la dose prévue n'a pas été prise (TOD non administrée). NOTE : Les doses omises doivent être reprises avant la fin du traitement.

Signature et # permis	Initiales	Signature et # permis	Initiales	Signature et # permis	Initiales

TB latente

Enregistrement de la médication ITL – INH TOD

- ◆ Planifier les doses de préférence les lun-jeu
- ◆ En cas de dose manquée, respecter une intervalle de 72H :

LUN	MAR	MER	JEU	VEN	SAM	DIM
✓			✓			
LUN	MAR	MER	JEU	VEN	SAM	DIM
	✓					

TB latente

Enregistrement de la médication ITL – INH TOD

- ◆ Planifier les doses de préférence les lun-jeu
- ◆ En cas de dose manquée, respecter une intervalle de 72H :

LUN	MAR	MER	JEU	VEN	SAM	DIM
✓			✓			
LUN	MAR	MER	JEU	VEN	SAM	DIM
✓				✓		

TB latente

Enregistrement de la médication ITL – INH die



Centre de Santé et Services Sociaux Inuitivik
Inuitivik Health & Social Services Centre
Puvionut, Québec J0M 1P0
T 819 988-2957 / F 819 988-2766



ᐱᐱᐱᐱ ᐅᐱᐱᐱᐱᐱᐱ ᐱᐱᐱᐱᐱᐱᐱᐱ
UNGAVA TULATTAVIK HEALTH CENTER
CENTRE DE SANTÉ TULATTAVIK DE L'UNGAVA

IDENTIFICATION

EMBOSSER ICI LA CARTE DU CSI ou CSTU
SI NON DISPONIBLE, INSCRIRE LES
PRÉNOM, NOM, DATE DE NAISSANCE ET
NO. DOSSIER

ENREGISTREMENT DE LA MÉDICATION – Infection tuberculeuse latente (ITL)

Isoniazide (INH) DIE – Adulte - Enfant

Date de début du tx: ___/___/___ Date de fin du tx: ___/___/___ Nbre total de doses prises*: _____

Isoniazide (INH) _____ mg po DIE auto-administré X 270 doses sur 9 mois

Indicateurs	Début de tx	▶▶ A servir aux 2 semaines ou au mois, selon le degré de fiabilité du patient, avec <i>Courbe de compliance</i> et <i>Suivi mensuel</i> pour l'évaluation clinique. A la fin du traitement, référez-vous au <i>Suivi clinico-radiologique</i> pour le plan de suivi.																		
Date de visite →																				
Nbre de doses données (A)																				
Nbre de doses restantes (B)																				
Nbre de doses à prendre ad la prochaine visite (C)																				
Nbre de doses prises depuis la dernière visite (D)	0																			
Nbre cumulatif de doses prises (E)	0																			
Initiales**																				

Commentaires: _____

Procédure :

- (A) Inscrire le nombre de doses remises au patient au moment de la visite et l'aviser de rapporter son flacon/*dispill* lors de la prochaine visite.
- (B) Inscrire le nombre de doses restantes dans le flacon/*dispill* rapporté par le patient.
- (C) Inscrire la somme du nombre (A) + le nombre (B) de la visite en cours.
- (D) Inscrire le résultat de la soustraction du nombre (C) de la visite **précédente** – le nombre (B) de la visite **en cours**. Vérifier que le nombre de doses prises n'est pas plus grand que le nombre de jours d'intervalle entre les deux visites.
- (E) Inscrire la somme du nombre (E) de la visite **précédente** + le nombre (D) de la visite **en cours**;

* Inscrire le nombre de doses prises au total et référez-vous au *Suivi clinico-radiologique* (Guide SCR) pour le plan de suivi.

** Initiales de l'infirmière. Inscrire le nom/no de dossier/date prévue de la prochaine visite à l'agenda et noter la date prévue, au plomb, dans la colonne de la prochaine visite.

Signature et # permis	Initiales	Signature et # permis	Initiales	Signature et # permis	Initiales

TB latente

Courbe de compliance

Boîte à outils - tuberculose

▶ Introduction

▶ Investigations diagnostiques

▼ TB latente

Prescriptions de la médication ITL	1 ^{ère} diffusion	Mise à jour
Traitement ITL - RIF		2019-11-29
Traitement ITL - INH TOD		2019-11-29
Traitement ITL - INH die		2019-11-29
Traitement ITL - RIF période fenêtre		2019-11-29
Protocoles de suivi ITL		
Protocole de suivi ITL - RIF		2019-11-25
Protocole de suivi ITL - INH DIE et TOD		2019-11-24
Protocole de suivi ITL - RIF période fenêtre		2019-11-24
Enregistrement de la médication ITL		
Enregistrement de la médication ITL - RIF		2019-11-23
Enregistrement de la médication ITL - INH TOD		2019-11-23
Enregistrement de la médication ITL - INH die		2019-11-26
Courbes de compliance Rif / INH die		
Courbe de compliance - RIF		2020-01-07
Courbe de compliance - INH die		2019-04-16
Évaluation clinique mensuelle TB / ITL		
Procédure - Évaluation clinique mensuelle		2019-02-28
Évaluation clinique mensuelle		2019-02-28
Suivi clinico-radiologique		
Guide de suivi clinico-radiologique		2019-12-18
Évaluation clinique du suivi clinico-radiologique		2019-12-18

▶ TB active

▶ S'abonner

TB latente

Courbe de compliance - RIF



Centre de Santé et Services Sociaux Inuulitsivik
Inuulitsivik Health & Social Services Centre
Puvimtuq, Québec J0M 1P0
T 819 988-2957 / F 819 988-2756



ᐅᐅᐅᐅ ᐅᐅᐅᐅ ᐅᐅᐅᐅᐅᐅᐅᐅ
UNGAVA TULATTAVIK HEALTH CENTER
CENTRE DE SANTÉ TULATTAVIK DE L'UNGAVA

COURBE DE COMPLIANCE – RIFAMPICINE 4 MOIS AUTO ADMINISTRÉE

BUT

- S'assurer d'une prophylaxie optimale contre l'infection tuberculeuse latente afin de prévenir l'apparition d'une tuberculose active.
- Prévenir l'apparition de souches de *Mycobacterium tuberculosis* résistantes à la Rifampicine.

OBJECTIFS

- Offrir un suivi optimal et régulier aux personnes avec une ITL en cours de traitement.
- Identifier rapidement les problèmes de compliance et offrir le soutien approprié.
- S'assurer d'un taux de complétion des doses dans la période définie (120 doses en 4 mois – maximum 6 mois).

RESPONSABILITÉS

L'Infirmière

- Utilise adéquatement la courbe de compliance tout au long de la prophylaxie en suivant la présente procédure.

Le Médecin

- **S'assure d'exclure une tuberculose active avant d'amorcer une prophylaxie.**
- Selon les indications de la présente courbe de compliance, prescrit les recommandations de suivi clinico-radiologique en complétant et signant l'outil Guide de suivi clinico-radiologique (DRSP/TB ACT-ITL-CLIN-RADIOL)

PROCÉDURES

- Commencer l'inscription du nombre de doses prises **dès** la 2^e visite. Valider le nombre de doses prises le plus précisément possible.
- Indiquer par un point sur la courbe le nombre de doses prises selon le nombre de semaines depuis le début du traitement. Si point dans la :
 - zone jaune « **Encourager** » → Reconnaître l'avancement, bien que sous-optimal de la prophylaxie et encourager la personne à poursuivre la médication.
 - zone rose « **Accompagner** » → Identifier les causes du retard et mettre en place les moyens pour faciliter la prise de la médication.
 - zone verte « **Recommencer** » → Discuter des obstacles à la compliance et convenir avec la personne, s'il y a lieu, d'une reprise de la médication. Aviser le médecin pour une nouvelle prescription ou un autre suivi.
 - zone bleue « **Cesser** » → Vous référer au médecin pour qu'il prescrive le suivi recommandé selon les indications du Guide de suivi clinico-radiologique.
- La décision de cesser la médication doit être prise par le médecin traitant sauf si la personne refuse ou abandonne la prophylaxie d'elle-même.
- Si la personne refuse de continuer la médication, référer au médecin pour qu'il prescrive le suivi recommandé selon le Guide de suivi clinico-radiologique.
- Inscrire la raison de cessation dans la case « *Si cessation, raison* ».
- Inscrire la date de fin de la prophylaxie (**la date de prise de la dernière dose**).
- Transmettre l'information à la DRSP une fois le traitement terminé ou cessé, par télécopieur au **1 866-867-8026**.

IDENTIFICATION

EMBOSSER ICI LA CARTE DU CSI ou GSTU
SI NON DISPONIBLE, INSCRIRE LES
PRÉNOM, NOM, DATE DE NAISSANCE ET
NO. DOSSIER

TB latente

Courbe de compliance - RIF

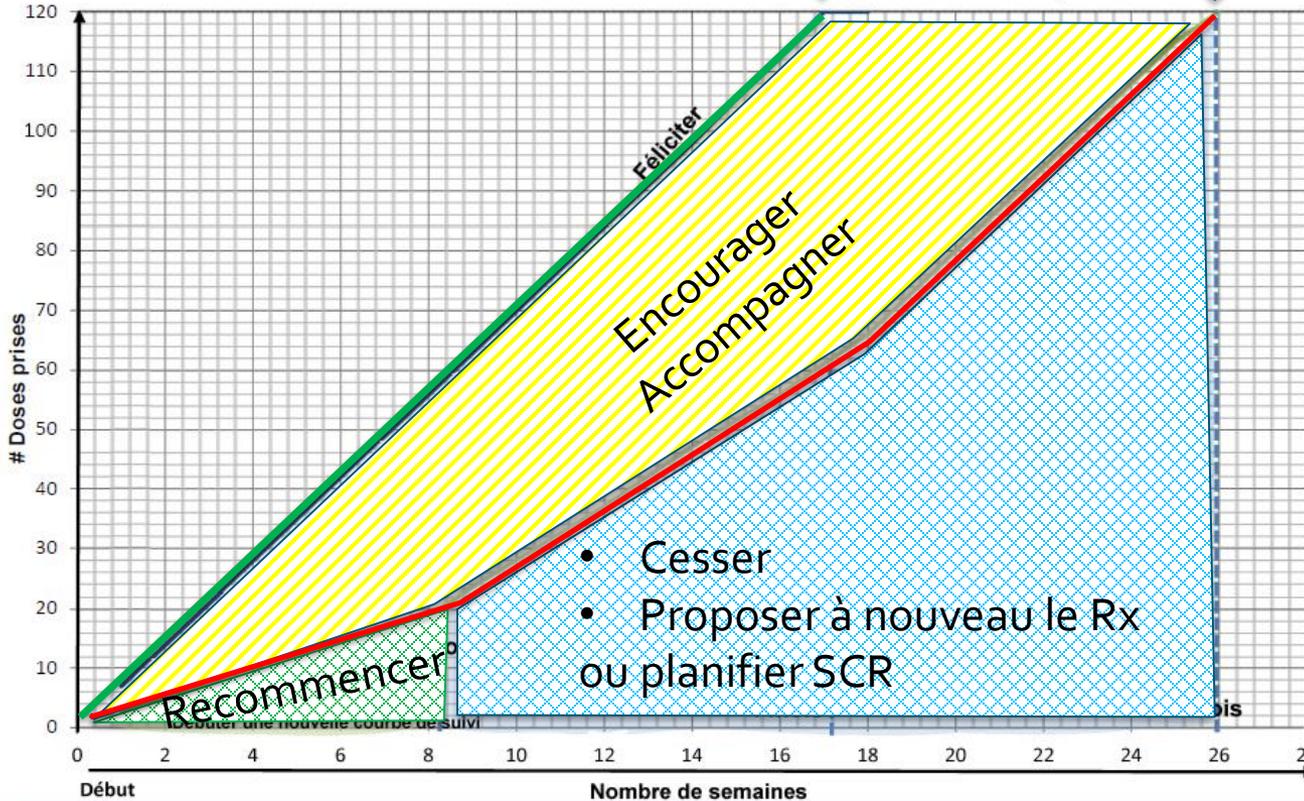


Centre de Santé et Services Sociaux Inuitsivik
Inuitsivik Health & Social Services Centre
Puvirnituq, Québec J0M 1P0
T 819 968-2957 / F 819 988-2796



ᐅᐱᐸ ᐅᐱᐸ ᐅᐱᐸ ᐅᐱᐸ
UNGAVA TULAITAVIK HEALTH CENTER
CENTRE DE SANTÉ TULAITAVIA DE L'UNGAVA

COURBE DE COMPLIANCE – RIFAMPICINE 4 MOIS AU
PROPHYLAXIE DE L'INFECTION TUBERCULEUSE LATENTE (ITL) – RIFAMPICINE 4 MOIS AU
CONDUITE RECOMMANDÉE SELON LE NIVEAU DE COMPLIANCE



IDENTIFICATION

DU CSI ou CSTU
INSCRIRE LES
NAISSANCE ET
NO. DOSSIER

Date et résultat du TCT significatif:
Date : ____ / ____ / ____
Résultat: ____ mm

Prophylaxie **Début**
Date de la première dose: ____ / ____ / ____
Date de la dernière dose: ____ / ____ / ____
Nbre total de doses prises: _____
Si cessation, raison: _____

Date du bilan final _____ **Fin**
Signature infirmière _____

TB latente

Courbe de compliance – INH die

CODE de Boîte à outils TB	DRSP TB/ ITL-COURBE - Rifampicine
Titre	COURBE DE COMPLIANCE INH DIE
Date de modification	2019-04-16

PROCÉDURE

BUT

- S'assurer d'une prophylaxie optimale contre l'infection tuberculeuse latente afin de prévenir l'apparition d'une tuberculose active.
- Prévenir l'apparition de souches de *Mycobacterium tuberculosis* résistantes à l'Isoniazide.

OBJECTIFS

- Offrir un suivi optimal et régulier aux personnes avec une ITL en cours de traitement.
- Identifier rapidement les problèmes de compliance et offrir le soutien approprié.
- S'assurer d'un taux de complétion des doses dans la période définie (270 doses en 9 mois – maximum 13.5 mois)

RESPONSABILITÉS

→ **Infirmière** : utilise adéquatement la courbe de compliance tout au long de la prophylaxie en suivant la présente procédure.

→ **Médecin** :

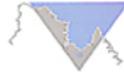
- **s'assure d'exclure une tuberculose active avant d'amorcer une prophylaxie à l'Isoniazide.**
- selon les indications de la présente courbe de compliance, prescrit les recommandations de suivi clinico-radiologique en complétant et signant l'outil Guide de suivi clinico-radiologique : DRSP/TB ACT-ITL-CLIN-RADIOL

PROCÉDURE

- Commencer l'inscription du nombre de doses prises **dès** la deuxième visite. Valider le nombre de doses prises le plus précisément possible.
- Indiquer par un point sur la courbe le nombre de doses prises selon le nombre de semaines depuis le début du traitement. Si point dans la :
 - zone jaune « **Encourager** » → Reconnaître l'avancement, bien que sous-optimal de la prophylaxie et encourager la personne à poursuivre la médication.
 - zone rose « **Accompagner** » → Identifier les causes du retard et mettre en place les moyens pour faciliter la prise de la médication.
 - zone verte « **Recommencer** » → Discuter des obstacles à la compliance et convenir avec la personne, s'il y a lieu, d'une reprise de la médication. Aviser le médecin pour une nouvelle prescription ou un autre suivi.
 - zone bleue « **Cesser** » → Vous référer au médecin pour qu'il prescrive le suivi recommandé selon les indications du Guide de suivi clinico-radiologique.
- La décision de cesser la médication doit être prise par le médecin traitant sauf si la personne refuse ou abandonne la prophylaxie d'elle-même.
- Si la personne refuse de continuer la médication, référer au médecin pour qu'il prescrive le suivi recommandé selon le Guide de suivi clinico-radiologique.
- Inscrire la raison de cessation dans la case « Si cessation, raison »
- Inscrire la date de fin de la prophylaxie (**la date de prise de la dernière dose**).
- Transmettre l'information à la santé publique (DRSP) une fois le traitement terminé ou cessé, par télécopieur au **1-866-867-8026**

TB latente

Courbe de compliance – INH die



ᐅᐱᐸᐸ ᐅᐸᐸᐸ ᐸᐸᐸᐸᐸᐸᐸᐸ
UNGAVA TULATTAVIK HEALTH CENTER
CENTRE DE SANTÉ TULATTAVIK DE L'UNGAVA

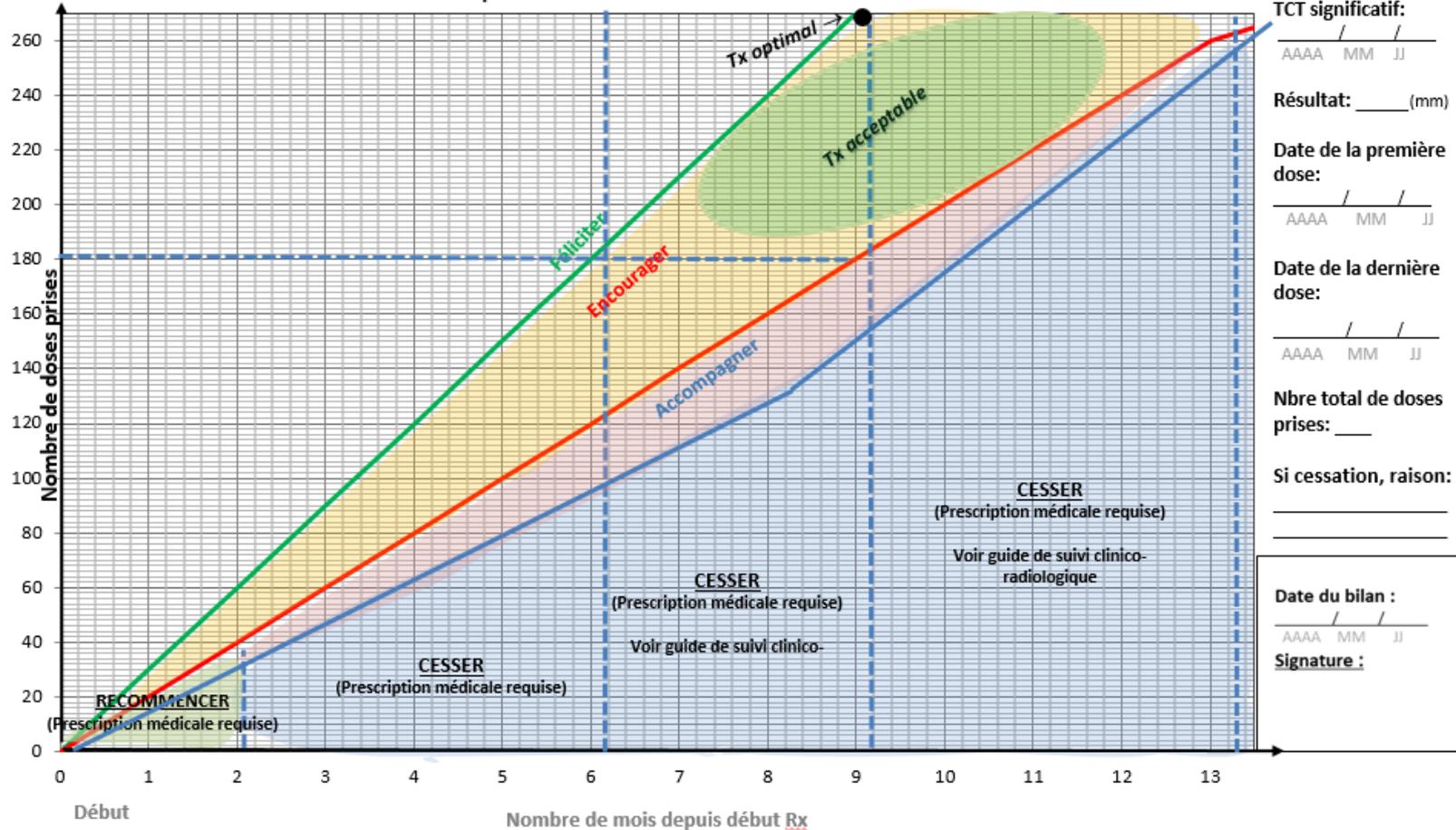


Nom: _____ Sexe: M F
 Prom: _____ # Dossier: _____
 DDN: ____ / ____ / ____ Village: _____
 AAAA / MM / JJ

Courbe de compliance

Prophylaxie de l'infection tuberculeuse latente (ITL) - INH Auto Administré (270 doses)

Conduite recommandée selon le niveau de compliance



TB latente

Évaluation clinique mensuelle

Boîte à outils - tuberculose

▶ [Introduction](#)

▶ [Procédures diagnostiques](#)

▼ [TB latente](#)

Prescriptions de la médication ITL	1 ^{ère} diffusion	Mise à jour
Traitement ITL - RIF		2019-11-29
Traitement ITL - INH TOD		2019-11-29
Traitement ITL - INH die		2019-11-29
Traitement ITL - RIF période fenêtre		2019-11-29
Protocoles de suivi ITL		
Protocole de suivi ITL - RIF		2019-11-25
Protocole de suivi ITL - INH DIE et TOD		2019-11-24
Protocole de suivi ITL - RIF période fenêtre		2019-11-24
Enregistrement de la médication ITL		
Enregistrement de la médication ITL - RIF		2019-11-23
Enregistrement de la médication ITL - INH TOD		2019-11-23
Enregistrement de la médication ITL - INH die		2019-11-26
Courbes de compliance Rif / INH die		
Courbe de compliance - RIF		2019-04-12
Courbe de compliance - INH die		2019-04-16
Évaluation clinique mensuelle TB / ITL		
Procédure - Évaluation clinique mensuelle		2019-02-28
Évaluation clinique mensuelle		2019-02-28
Suivi clinico-radiologique		
Guide de suivi clinico-radiologique		2019-12-18
Évaluation clinique du suivi clinico-radiologique		2019-12-18

TB latente

Évaluation clinique mensuelle



ÉVALUATION CLINIQUE MENSUELLE TRAITEMENT TB ACTIVE ET ITL¹

(Voir effets indésirables des principaux antituberculeux sur la procédure)

Poids initial: _____ kg en date du: aaaa / mm / jj

IDENTIFICATION

EMBOSSER ICI LA CARTE DU CSI ou CSTU
SI NON DISPONIBLE, INSCRIRE LES
PRENOM, NOM, DATE DE NAISSANCE ET
NO. DOSSIER

Présence de signes / symptômes ¹ (Si anormal, aviser le médecin)	<u>aaaa</u> / <u>mm</u> / <u>jj</u>		<u>aaaa</u> / <u>mm</u> / <u>jj</u>		<u>aaaa</u> / <u>mm</u> / <u>jj</u>		<u>aaaa</u> / <u>mm</u> / <u>jj</u>		<u>aaaa</u> / <u>mm</u> / <u>jj</u>		<u>aaaa</u> / <u>mm</u> / <u>jj</u>	
	Non	Oui	Non	Oui	Non	Oui	Non	Oui	Non	Oui	Non	Oui
Hépatotoxicité ²	Modification de l'état général	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>								
	Inconfort/douleur abdominale	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>								
	Anorexie	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>								
	Nausée/vomissement	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>								
	Fatigue/somnolence	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>								
	Urine foncée (couleur)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>								
	Selles pâles (blanchâtres) – Ictère – Rash – Prurit	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>								
Symptômes TB ⁴	Toux inhabituelle	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>								
	Fièvre	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>								
	Sueurs nocturnes pers	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>								
	Hémoptysie	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>								
	Perte de poids (kg) Inscrire le poids actuel ⁵	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>								
Autres	Prise d'alcool	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>								
	Échelle de Snellen ⁶	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>								
	Test d'Ishihara ⁶	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>								
Référé au médecin	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
Signature de l'infirmière	Initiales		Initiales		Initiales		Initiales		Initiales		Initiales	
Initiales	Signature et # permis			Initiales	Signature et # permis			Initiales	Signature et # permis			

◆ Au début du traitement, puis à chaque visite du patient.

¹ Si présence de signes/symptômes, les inscrire sur une feuille de notes évolutives, et aviser le médecin.

² Hépatotoxicité: Les adultes de plus de 50 ans, les personnes qui consomment de l'alcool chaque jour ou qui sont atteints d'une maladie hépatique chronique ont plus de risque d'hépatotoxicité. Les enfants pourraient présenter des symptômes peu spécifiques : le parent dira qu'il va moins bien depuis quelque temps.

³ Ne pas confondre avec la couleur orangée de l'urine qui est un effet secondaire attendu de la prise de Rifampicine

⁴ Symptômes de TB: L'apparition ou la persistance de symptômes de TB peut évoquer un échec du traitement.

⁵ Si changement de poids, faire ajuster la médication.

⁶ Si prise d'Éthambutol, faire les tests de l'acuité visuelle (Échelle de Snellen) et la perception des couleurs (Test d'Ishihara) q mois. Consultation avec ophtalmologue si anormal.

TB latente

Évaluation clinique mensuelle



IDENTIFICATION

La RIF colore les urines en orange



Normal

Anormal

¹ Si présence de signes/symptômes, les inscrire sur une feuille de notes évolutives, et aviser le médecin.

² Hépatotoxicité: Les adultes de plus de 50 ans, les personnes qui consomment de l'alcool chaque jour ou qui sont atteints d'une maladie hépatique chronique ont plus de risque d'hépatotoxicité. Les enfants pourraient présenter des symptômes peu spécifiques : le parent dira qu'il va moins bien depuis quelque temps.

³ Ne pas confondre avec la couleur orangée de l'urine qui est un effet secondaire attendu de la prise de Rifampicine

⁴ Symptômes de TB: L'apparition ou la persistance de symptômes de TB peut évoquer un échec du traitement.

⁵ Si changement de poids, faire ajuster la médication.

⁶ Si prise d'Éthambutol, faire les tests de l'acuité visuelle (Échelle de Snellen) et la perception des couleurs (Test d'Ishihara) q mois. Consultation avec ophtalmologue si anormal.

TB latente

Évaluation clinique mensuelle



ÉVALUATION CLINIQUE MENSUELLE TRAITEMENT TB ACTIVE ET ITL

(Voir effets indésirables des principaux antituberculeux sur la procédure)

Poids initial: _____ kg en date du: aaaa / mm / jj

IDENTIFICATION

EMBOSSER ICI LA CARTE DU CSI ou CSTU
SI NON DISPONIBLE, INSCRIRE LES
PRENOM, NOM, DATE DE NAISSANCE ET
NO. DOSSIER

Présence de signes / symptômes ¹ (Si anormal, aviser le médecin)		<u>aaaa</u> / <u>mm</u> / <u>jj</u>		<u>aaaa</u> / <u>mm</u> / <u>jj</u>		<u>aaaa</u> / <u>mm</u> / <u>jj</u>		<u>aaaa</u> / <u>mm</u> / <u>jj</u>		<u>aaaa</u> / <u>mm</u> / <u>jj</u>		<u>aaaa</u> / <u>mm</u> / <u>jj</u>			
		Non	Oui												
Hépatotoxicité ²	Modification de l'état général	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>												
	Inconfort/douleur abdominale	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>												
	Anorexie	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>												
	Nausée/vomissement	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>												
	Fatigue/somnolence	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>												
	Urine foncée (couleur thé) ³	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>												
	Selles pâles (blanchâtres)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>												
Ictère – Rash – Prurit	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>			
Symptômes TB ⁴	Toux inhabituelle	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>												
	Fièvre	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>												
	Sueurs nocturnes persistantes	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>												
	Hémoptysie	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>												
	Perte de poids (kg)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>												
	Inscrire le poids actuel ⁵	ka													
Autres	Prise d'alcool	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>												
	Échelle de Snellen ⁶	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>												
	Test d'Ishihara ⁶	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>												
Référé au médecin		<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>												
Signature de l'infirmière		Initiales		Initiales		Initiales		Initiales		Initiales		Initiales			
Initiales	Signature et # permis			Initiales	Signature et # permis			Initiales	Signature et # permis			Initiales	Signature et # permis		

¹ Si présence de signes/symptômes, les inscrire sur une feuille de notes évolutives, et aviser le médecin.

² Hépatotoxicité: Les adultes de plus de 50 ans, les personnes qui consomment de l'alcool chaque jour ou qui sont atteints d'une maladie hépatique chronique ont plus de risque d'hépatotoxicité. Les enfants pourraient présenter des symptômes peu spécifiques : le parent dira qu'il va moins bien depuis quelque temps.

³ Ne pas confondre avec la couleur orangée de l'urine qui est un effet secondaire attendu de la prise de Rifampicine

⁴ Symptômes de TB: L'apparition ou la persistance de symptômes de TB peut évoquer un échec du traitement.

⁵ Si changement de poids, faire ajuster la médication.

⁶ Si prise d'Éthambutol, faire les tests de l'acuité visuelle (Échelle de Snellen) et la perception des couleurs (Test d'Ishihara) q mois. Consultation avec ophtalmologue si anormal.

TB latente

Évaluation clinique mensuelle

RIF et INH : Troubles hépatiques

EFFETS INDÉSIRABLES DES PRINCIPAUX ANTITUBERCULEUX				
Médicament	Effets indésirables courants	Effets indésirables rares, mais importants	Probabilité d'hépatite*	Probabilité de rash*
Isoniazide (INH)	<ul style="list-style-type: none"> rash hépatite neuropathie périphérique nausée/vomissement diarrhée fatigue, somnolence 	<ul style="list-style-type: none"> neurotoxicité anémie acné céphalée alopécie 	+++	++
Rifampicine (RIF)	<ul style="list-style-type: none"> interactions médicamenteuses rash nausée/vomissement diarrhée étourdissement urine, larmes, sueur de couleur orange 	<ul style="list-style-type: none"> hépatite syndrome d'allure grippale neutropénie thrombocytopénie 	++	++++
Pyrazinamide (PZA)	<ul style="list-style-type: none"> hépatite rash hyperuricémie arthralgie nausée/vomissement diarrhée 	<ul style="list-style-type: none"> goutte photosensibilité 	++++	+++
Ethambutol (EMB)	<ul style="list-style-type: none"> toxicité oculaire nausée/vomissement diarrhée 	<ul style="list-style-type: none"> rash 	+	+
Fluroquinolone (FLU)	<ul style="list-style-type: none"> rash 	<ul style="list-style-type: none"> tendinite rupture de tendon allongement de l'intervalle QT 		
Amikacine	<ul style="list-style-type: none"> néphrotoxicité ototoxicité 			

Tiré du Guide d'intervention - La Tuberculose (MSSS, Québec, 2017), Tableau 9, p.35 Et Communicable disease control manual, Chapter 4, Section 5, BCCDC, July, 2018

* +++++ = plus probable/
+ = peu probable

- L'INH, la RIF et le PZA peuvent provoquer des troubles hépatiques, variant d'une légère élévation asymptomatique des transaminases à une hépatite fulminante.
- L'hépatite survient surtout chez les adultes et plus fréquente chez les personnes qui consomment de l'alcool chaque jour ou qui sont atteints d'une maladie hépatique chronique.
- Ces médicaments devraient être retirés du régime thérapeutique
 - si un ictère apparaît,
 - si la concentration sérique des transaminases (AST ou ALT) est 5 fois plus élevée que la limite supérieure de la normale.
- *Si un médicament cause des troubles hépatiques, une note au dossier devrait être clairement inscrite à cet effet.*
- Évaluer si prise concomitante d'acétaminophène ou autre médicament hépatotoxique.

TB latente

Suivi clinico-radiologique – Guide de SCR



REGIJE REGIONALE DE LA SANTE REGIONAL
SANTÉ ET DES SERVICES BOARD OF HEALTH
SOCIAUX DU NUNAVUT AND SOCIAL SERVICES



Inuitsivik



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



UNGAVA TULLATTAVIK HEALTH CENTER
CENTRE DE SANTÉ TULLATTAVIK DE L'UNGAVA

IDENTIFICATION

EMBOSSER ICI LA CARTE DU CSI ou CSTU
SI NON DISPONIBLE, INSCRIRE LES
PRENOM, NOM, DATE DE NAISSANCE ET
NO. DOSSIER

GUIDE DE SUIVI CLINICO-RADIOLOGIQUE

COCHER LA CATÉGORIE APPLICABLE			PLAN DE SUIVI: INSCRIRE DATE(S) PRÉVUE(S)							
ITL non ou inadéquatement traitée		Suivi clinico-radiologique	À planifier à partir de	6	12	18	24	36	48	60
<input type="checkbox"/>	ITL acquise dans les 2 dernières années (récente)	q 6 mois X 2 ans, puis q 12 mois X 3 ans	Date du TCT significatif aaaa/mm/ jj							
<input type="checkbox"/>	ITL de date indéterminée E prioritaire			X	X	X	X	X	X	X
<input type="checkbox"/>	ITL de date indéterminée E non prioritaire			X	X	X	X	X	X	X
<input type="checkbox"/>	ITL acquise entre 3-5 ans									
<input type="checkbox"/>	ITL acquise il y a plus de 5 ans									
ITL traitée										
<input type="checkbox"/>	Prophylaxie considérée acceptable	Aucun suivi nécessaire								
<input type="checkbox"/>	Prophylaxie optimale									
Exposition à un cas de TB pulmonaire à frottis positifs (Contacts à priorité élevée selon avis de la santé publique)										
<input type="checkbox"/>	TB active ancienne OU ITL déjà connue	q 6 mois X 2 ans, puis q 12 mois X 3 ans	Date de réexposition aaaa/mm/ jj							
Suivi post fin de traitement TB active										
<input type="checkbox"/>	TB active confirmée cavitaire OU à frottis positif	q 6 mois X 2 ans, puis q 12 mois X 3 ans	Date de fin de traitement aaaa/mm/ jj							
<input type="checkbox"/>	TB active non cavitaire ET à frottis négatifs (confirmée ou probable)	q 6 mois X 2 ans	Date de fin de traitement aaaa/mm/ jj					X	X	X

Signature du médecin: _____ Numéro de permis: _____ Date : aaaa/mm/ jj

Régime	Prophylaxie inadéquate	Prophylaxie considérée acceptable	Prophylaxie optimale
Rifampicine	<ul style="list-style-type: none"> < 90 doses ou > 4.5 mois pour 90 doses ou > 6 mois pour 120 doses 	<ul style="list-style-type: none"> De 90 à 120 doses – Voir courbe de compliance (DRSP/TB ITL-COURBE-Rifampicine) 	<ul style="list-style-type: none"> 120 doses prises sur 120 jours consécutifs
Isoniazide (INH)	<ul style="list-style-type: none"> < 180 doses – auto administré (AA) < 62 doses INH en TOD 	<ul style="list-style-type: none"> Régime 6 mois = 180 doses AA sur 9 mois (270 jours) Régime 9 mois = 270 doses AA sur 13,5 mois (405 jours) INH TOD: ≥ 62 doses 2 fois semaine sur 9 mois (270 jours) max. 	<ul style="list-style-type: none"> 270 doses AA sur 9 mois 78 doses INH en TOD 2 fois semaine

◆ A remplir par le médecin.

TB latente

Suivi clinico-radiologique – Guide de SCR



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



UNGAVA TULLATTAVIK HEALTH CENTER
CENTRE DE SANTÉ TULLATTAVIK DE L'UNGAVA

IDENTIFICATION

*EMBOSSER ICI LA CARTE DU CSI ou CSTU
SI NON DISPONIBLE, INSCRIRE LES
PRENOM, NOM, DATE DE NAISSANCE ET
NO. DOSSIER*

GUIDE DE SUIVI CLINICO-RADIOLOGIQUE

COCHER LA CATÉGORIE APPLICABLE			PLAN DE SUIVI: INSCRIRE DATE(S) PRÉVUE(S)						
ITL non ou inadéquatement traitée	Suivi clinico-radiologique	À planifier à partir de	6	12	18	24	36	48	60
<input type="checkbox"/> ITL acquise dans les 2 dernières années (récente)	q 6 mois X 2 ans, puis q 12 mois X 3 ans	Date du TCT significatif aaaa/mm/jj							
<input type="checkbox"/> ITL de date indéterminée ET résident d'un village prioritaire	q 12 mois X 5 ans	Date du TCT significatif aaaa/mm/jj	X						
<input type="checkbox"/> ITL de date indéterminée ET résident d'un village non prioritaire	À 12 mois	Date de cessation/refus de tx aaaa/mm/jj	X						
<input type="checkbox"/> ITL acquise entre 3-5 ans (ancienne)	q 12 mois ad 5 ans post tct significatif	Date de cessation/refus de tx aaaa/mm/jj	X						
<input type="checkbox"/> ITL acquise il y a plus de 5 ans (ancienne)	Aucun suivi nécessaire	X	X						
ITL traitée									
<input type="checkbox"/> Prophylaxie considérée acceptable	6 mois post fin de prophylaxie	Date de fin de prophylaxie aaaa/mm/jj	X						
<input type="checkbox"/> Prophylaxie optimale	Aucun suivi nécessaire	X	X						
Exposition à un cas de TB pulmonaire à frottis positifs (Contacts à priorité élevé selon avis de la santé publique)									
<input type="checkbox"/> TB active ancienne OU ITL déjà connue	q 6 mois X 2 ans, puis q 12 mois X 3 ans	Date de réexposition aaaa/mm/jj							
Suivi post fin de traitement TB active									
<input type="checkbox"/> TB active <u>confirmée</u> cavitaire OU à frottis positif	q 6 mois X 2 ans, puis q 12 mois X 3 ans	Date de fin de traitement aaaa/mm/jj							
<input type="checkbox"/> TB active non cavitaire ET à frottis négatifs (confirmée ou probable)	q 6 mois X 2 ans	Date de fin de traitement aaaa/mm/jj					X	X	X
Signature du médecin: _____ Numéro de permis: _____ Date: aaaa/mm/jj									

Régime	Prophylaxie inadéquate	Prophylaxie considérée acceptable	Prophylaxie optimale
Rifampicine	• < 90 doses ou > 4.5 mois pour 90 doses ou > 6 mois pour 120 doses	• De 90 à 120 doses – Voir courbe de compliance (DRSP/TB ITL-COURBE-Rifampicine)	• 120 doses prises sur 120 jours consécutifs
Isoniazide (INH)	• < 180 doses – auto administré (AA) • < 62 doses INH en TOD	• Régime 6 mois = 180 doses AA sur 9 mois (270 jours) • Régime 9 mois = 270 doses AA sur 13.5 mois (405 jours) • INH TOD: ≥ 62 doses 2 fois semaine sur 9 mois (270 jours) max.	• 270 doses AA sur 9 mois • 78 doses INH en TOD 2 fois semaine

TB latente

Suivi clinico-radiologique

1. INF inscrit les dates prévues selon le Guide de SCR.
À noter : Si décalage, ne pas répéter dans des intervalles < 3 mois
2. INF fait l'évaluation des sx
À noter : Si sx, informer le MD
3. MD fait suivi de l'évaluation clinique et résultat RXP et indique la conduite.
4. Si suivi additionnel demandé, INF se réfère à l'outil « SCR additionnel ».



Centre de Santé et Services Sociaux Inuitalik
Inuitalik Health & Social Services Centre
Pavillon, Québec J0M 1T0
T 011 988-2957 / F 011 988-2706

ᐅᑦᑦᑦ ᐅᑦᑦᑦ ᐅᑦᑦᑦ
UNQVAY TULATTAVIK HEALTH CENTER
CENTRE DE SANTÉ TULATTAVIK DE L'UNQVAY

EMBOISSER ICI LA CARTE DU CSI OU CSIS;
SI NON DISPONIBLE, INSCRIRE LES NOM, PRÉNOM,
DATE DE NAISSANCE ET NUMÉRO DOSSIER

EMBOSS HERE THE CARD OF IHC OR UIHC,
IF NOT AVAILABLE, WRITE THE NAME, SURNAME,
DATE OF BIRTH AND FILE NUMBER

TUBERCULOSE

SUIVI CLINICO-RADIOLOGIQUE STANDARD

ÉVALUATION CLINIQUE ET CONDUITE MÉDICALE

Date du TCT significatif : aaaa/mm/j Résultat : mm Poids initial : kg en date du : aaaa/mm/j

RAISON DU SUIVI

Infection tuberculeuse latente non ou inadéquatement traitée

Prophylaxie considérée acceptable

Contact étroit d'un cas de TB active à frottis positif - Date du dernier contact : aaaa/mm/j

Suivi post fin de traitement de TB active

ÉVALUATION CLINIQUE ¹	Date prévue ²	aa/mm/j						
	Date réelle ³	aa/mm/j						
Toux inhabituelle ≥ 3 sem.								
Hémoptysie								
Sueurs nocturnes								
Fièvre persistante								
Poids		kg						
Rappel sur l'auto-vigilance ⁴								
Signature de l'infirmière								
CONDUITE MÉDICALE	Date de la RXP	aa/mm/j						
	RXP normale Continuer SCR idem	<input type="checkbox"/>						
	RXP anormale Continuer SCR idem	<input type="checkbox"/>						
	RXP anormale Se référer à note médicale	<input type="checkbox"/>						
	Suivi additionnel demandé ⁵	<input type="checkbox"/>						
Signature du médecin								

¹ À compléter par l'infirmière avant le RXP. Indiquer si oui ou non le symptôme est présent. Informer le Md si présence de symptômes de TB active et l'indiquer sur la requête de radiologie dans la section « Commentaires ».

² Selon l'information complétée par le médecin dans le [GUIDE DE SUIVI CLINICO-RADIOLOGIQUE](#) du patient.

³ Si retard dans le suivi clinico-radiologique, le faire maintenant. Puis si intervalle ≤ 3 mois avec le prochain suivi clinico-radiologique prévu, annuler ce dernier et maintenir les suivants tels que déjà cédulés.

⁴ Encourager la consultation précoce advenant le développement de symptômes suggestifs de TB active.

⁵ Si suivi additionnel demandé par le médecin, se référer à l'outil [SUIVI CLINICO-RADIOLOGIQUE ADDITIONNEL](#).

(DRSP-TB_TB-ACT-ITL_SCR-STANDARD_V2020-10-01)

1 de 1
DOSSIER CLSC

TB latente

Suivi clinico-radiologique

À noter : Il peut s'écouler entre 6 mois et 1 an entre chaque SCR. L'auto-vigilance est importante pour consulter sans attendre entre 2 SCR.



TUBERCULOSE

SUIVI CLINICO-RADIOLOGIQUE ADDITIONNEL

ÉVALUATION CLINIQUE ET CONDUITE MÉDICALE

EMBOSSER ICI LA CARTE DU CBI DU CSTU
SI NON DISPONIBLE, INSCRIRE LES NOM, PRÉNOM,
DATE DE NAISSANCE ET NUMÉRO DOSSIER.

EMBOSS HERE THE CARD OF INC OR UTHC.
IF NOT AVAILABLE, WRITE THE NAME, SURNAME,
DATE OF BIRTH AND FILE NUMBER.

NOTE : Utiliser cet outil pour les suivis clinico-radiologiques additionnels demandés par le médecin en cours de SCR standard.

	Date prévue ²	aa/mm/jj						
	Date réelle	aa/mm/jj						
ÉVALUATION CLINIQUE ¹	Toux inhabituelle ≥ 3 sem.							
	Hémoptysie							
	Sueurs nocturnes							
	Fièvre persistante							
	Poids	kg						
	Rappel sur l'auto-vigilance ³							
Signature de l'infirmière								
CONDUITE MÉDICALE	Date de la RXP	aa/mm/jj						
	RXP normale Continuer SCR idem	<input type="checkbox"/>						
	RXP anormale Continuer SCR idem	<input type="checkbox"/>						
	RXP anormale Se référer à note médicale	<input type="checkbox"/>						
Signature du médecin								

¹ À compléter par l'infirmière avant le RXP. Indiquer si oui ou non le symptôme est présent. Informer le Md si présence de symptômes de TB active et l'indiquer sur la requête de radiologie dans la section « Commentaires ».

² Selon note médicale.

³ Encourager la consultation précoce advenant le développement de symptômes suggestifs de TB active.

TB latente

Suivi clinico-radiologique

³Si retard dans le suivi clinico-radiologique, le faire maintenant. Puis si intervalle ≤ 3 mois avec le prochain suivi clinico-radiologique prévu, annuler ce dernier et maintenir les suivants tels que déjà cédulés.

À compléter par l'infirmière avant le RXP :

ÉVALUATION CLINIQUE ¹	Date prévue	2020-01-01	2020-06-01	2021-01-01	2021-06-01	aaaa/m m	aaaa/mm	aaaa/mm
	Date réelle ²	2020-01-01				aaaa/m m	aaaa/mm	aaaa/mm
	Toux inhabituelle Plus de 3 sem.	Non						
	Hémoptysie	Non						
	Sueurs nocturnes	Non						
	Fièvre persistante	Non						
	Poids	50 kg		kg	kg	kg	kg	kg
	Rappel sur l'auto-vigilance ³	Fait						
	Initiales Inf.							

TB latente

Suivi clinico-radiologique

³Si retard dans le suivi clinico-radiologique, le faire maintenant. Puis si intervalle ≤ 3 mois avec le prochain suivi clinico-radiologique prévu, annuler ce dernier et maintenir les suivants tels que déjà cédulés.

À compléter par l'infirmière avant le RXP :

ÉVALUATION CLINIQUE¹	Date prévue	2020-01-01	2020-06-01	2021-01-01	2021-06-01	aaaa/m m	aaaa/mm	aaaa/mm
	Date réelle²	2020-01-01	2020-08-01			aaaa/m m	aaaa/mm	aaaa/mm
	Toux inhabituelle Plus de 3 sem.	Non	Non					
	Hémoptysie	Non	Non					
	Sueurs nocturnes	Non	Non					
	Fièvre persistante	Non	Non					
	Poids	50 kg	50 kg	kg	kg	kg	kg	kg
	Rappel sur l'auto-vigilance³	Fait	Fait					
	Initiales Inf.							

TB latente

Suivi clinico-radiologique

³Si retard dans le suivi clinico-radiologique, le faire maintenant. Puis si intervalle ≤ 3 mois avec le prochain suivi clinico-radiologique prévu, annuler ce dernier et maintenir les suivants tels que déjà cédulés.

À compléter par l'infirmière avant le RXP :

ÉVALUATION CLINIQUE¹	Date prévue	2020-01-01	2020-06-01	2021-01-01	2021-06-01	aaaa/m m	aaaa/mm	aaaa/mm
	Date réelle²	2020-01-01	2020-10-01			aaaa/m m	aaaa/mm	aaaa/mm
	Toux inhabituelle Plus de 3 sem.	Non	Non					
	Hémoptysie	Non	Non					
	Sueurs nocturnes	Non	Non					
	Fièvre persistante	Non	Non					
	Poids	50 kg	50 kg	kg	kg	kg	kg	kg
	Rappel sur l'auto-vigilance³	Fait	Fait					
	Initiales Inf.							

TB latente

Suivi clinico-radiologique

³Si retard dans le suivi clinico-radiologique, le faire maintenant. Puis si intervalle ≤ 3 mois avec le prochain suivi clinico-radiologique prévu, annuler ce dernier et maintenir les suivants tels que déjà cédulés.

À compléter par l'infirmière avant le RXP :

ÉVALUATION CLINIQUE ¹	Date prévue	2020-01-01	2020-06-01	2021-01-01	2021-06-01	aaaa/m m	aaaa/mm	aaaa/mm
	Date réelle²	2020-01-01	2020-10-01		2021-06-01	aaaa/m m	aaaa/mm	aaaa/mm
	Toux inhabituelle Plus de 3 sem.	Non	Non					
	Hémoptysie	Non	Non					
	Sueurs nocturnes	Non	Non					
	Fièvre persistante	Non	Non					
	Poids	50 kg	50 kg	kg	kg	kg	kg	kg
	Rappel sur l'auto-vigilance³	Fait	Fait					
	Initiales Inf.							

TB active

Nouveau cas

Lorsqu'un nouveau cas,
4 documents importants à
transmettre à la DRSP :

- ◆ l'évaluation clinique initiale
- ◆ la déclaration MADO
- ◆ l'annexe 4
- ◆ l'identification des contacts d'un cas de TB active

TB active		
Déclaration MADO	1 ^{ère} diffusion	Mise à jour
Déclaration MADO		2013-03
Déclaration MADO - Version dynamique		2013-03
Annexe 4		
Annexe 4		2017-06-07
Identification des contacts d'un cas de TB active		
Procédure - Identification des contacts d'un cas de TB active		2019-01
Identification des contacts d'un cas de TB active		2019-11-25
Contrat d'engagement		
Procédure - Contrat d'engagement relatif au traitement obligatoire		2018-10-09
Contrat d'engagement relatif au traitement obligatoire		2018-10-09
Isolement à domicile		
Procédure - Isolement à domicile		2019-12-18
Isolement à domicile		2019-06-07
Prescriptions de la médication TB active		
--Chez l'adulte--		
Traitement TB active - Phase 1 - Adulte		2019-11-29
Traitement TB active - Phase 2 - Adulte		2019-11-29
--Chez l'enfant--		
Traitement TB active - Phase 1 - Enfant		2019-11-29
Traitement TB active - Phase 2 - Enfant		2019-11-29
Protocole de suivi TB active		
Protocole de suivi - TB active		2019-11-25
Enregistrement de la médication TB active		
Procédure - Enregistrement de la médication TB active		2019-04-09
Enregistrement de la médication TB active - Phase 1		2019-11-25
Enregistrement de la médication TB active - Phase 2		2019-11-25
Évaluation clinique mensuelle		
Procédure - Évaluation clinique mensuelle		2019-02-28
Évaluation clinique mensuelle		2019-02-28
Issue de traitement		
Issue de traitement		2018-11
Suivi clinico-radiologique		
Guide de suivi clinico-radiologique		2019-12-18
Évaluation clinique du suivi clinico-radiologique		2019-12-18

TB active

Déclaration MADO

Remplie par le médecin.

La déclaration peut aussi se faire par courriel, par téléphone, par fax.

				Nom et prénom du patient <input type="text"/>	
N° d'assurance maladie <input type="text"/>		Date de naissance Année Mois Jour <input type="text"/>		Adresse (N°, rue) <input type="text"/>	
Ville <input type="text"/>		Code postal <input type="text"/>		Ind. rég. Téléphone Sexe <input type="text"/> <input type="text"/> M <input type="checkbox"/> F <input type="checkbox"/>	
Occupation du patient <input type="text"/>					
À L'USAGE DU DÉCLARANT					
DÉCLARATION D'UNE MALADIE/INFECTION/INTOXICATION À DÉCLARATION OBLIGATOIRE (MADO) SELON LA LOI SUR LA SANTÉ PUBLIQUE					
Voir la liste au verso					
Identification de la MADO					
Nom de la MADO <input type="text"/>				Date du début de la MADO Année Mois Jour <input type="text"/>	
Prélèvement soumis au laboratoire : <input type="checkbox"/> Oui <input type="checkbox"/> Non Si oui :					
Date Année Mois Jour <input type="text"/>		Nom du laboratoire <input type="text"/>		Date Année Mois Jour <input type="text"/>	
<input type="text"/>		<input type="text"/>		<input type="text"/>	
Pour une MADO transmissible par le sang, les produits sanguins, les organes ou les tissus : Voir la NOTE au verso					
Ce patient a-t-il donné du sang?		<input type="checkbox"/> Oui <input type="checkbox"/> Non <input type="checkbox"/> Ne sais pas			
Ce patient a-t-il reçu du sang ou des produits sanguins?		<input type="checkbox"/> Oui <input type="checkbox"/> Non <input type="checkbox"/> Ne sais pas			
Ce patient a-t-il donné des organes ou des tissus?		<input type="checkbox"/> Oui <input type="checkbox"/> Non <input type="checkbox"/> Ne sais pas			
Ce patient a-t-il reçu des organes ou des tissus?		<input type="checkbox"/> Oui <input type="checkbox"/> Non <input type="checkbox"/> Ne sais pas			
Pour une déclaration d'un cas de syphilis :					
<input type="checkbox"/> Primaire		<input type="checkbox"/> Latente (moins de 1 an)		<input type="checkbox"/> Tertiaire	
<input type="checkbox"/> Secondaire		<input type="checkbox"/> Latente (plus de 1 an)		<input type="checkbox"/> Autres formes (préciser) <input type="text"/>	
<input type="checkbox"/> Congénitale					
Nom du déclarant (en lettres moulées)			Numéros de téléphone		
<input type="text"/>		N° de permis <input type="text"/>	ind. rég. <input type="text"/>	ind. rég. <input type="text"/>	
Adresse (N°, rue) <input type="text"/>			Ville <input type="text"/>	Code postal <input type="text"/>	
Signature du déclarant <input type="text"/>			Date Année Mois Jour <input type="text"/>		
Ce formulaire ainsi que les coordonnées pour rejoindre les directions de santé publique de toutes les régions peuvent être trouvés sur le site Internet : www.msss.gouv.qc.ca					
Ministère de la Santé et des Services sociaux					
AS-770 DT9070 (rév. 2013-03)					
À TRANSMETTRE AU DIRECTEUR DE SANTÉ PUBLIQUE DE VOTRE TERRITOIRE					

TB active

Annexe 4

- ◆ = questionnaire d'enquête (document provincial et outil de SP)
- ◆ Peut être rempli par l'infirmière selon informations recueillies dans le dossier, auprès du médecin etc.
- ◆ Récapitule l'information essentielle pour la tenue du registre provincial SI-PMI.

TB active		
Déclaration MADO	1 ^{ère} diffusion	Mise à jour
Déclaration MADO 		2013-03
Déclaration MADO – Version dynamique 		2013-03
Annexe 4		
Annexe 4 		2017-06-07
Identification des contacts d'un cas de TB active		
Procédure - Identification des contacts d'un cas de TB active 		2019-01
Identification des contacts d'un cas de TB active 		2019-11-25
Contrat d'engagement		
Procédure - Contrat d'engagement relatif au traitement obligatoire 		2018-10-09
Contrat d'engagement relatif au traitement obligatoire 		2018-10-09
Isolement à domicile		
Procédure – Isolement à domicile 		2019-12-18
Isolement à domicile 		2019-06-07
Prescriptions de la médication TB active		
--Chez l'adulte--		
Traitement TB active – Phase 1 - Adulte 		2019-11-29
Traitement TB active – Phase 2 - Adulte 		2019-11-29
--Chez l'enfant--		
Traitement TB active – Phase 1 - Enfant 		2019-11-29
Traitement TB active – Phase 2 - Enfant 		2019-11-29
Protocole de suivi TB active		
Protocole de suivi – TB active 		2019-11-25
Enregistrement de la médication TB active		
Procédure - Enregistrement de la médication TB active 		2019-04-09
Enregistrement de la médication TB active – Phase 1 		2019-11-25
Enregistrement de la médication TB active – Phase 2 		2019-11-25
Évaluation clinique mensuelle		
Procédure - Évaluation clinique mensuelle 		2019-02-28
Évaluation clinique mensuelle 		2019-02-28
Issue de traitement		
Issue de traitement 		2018-11
Suivi clinico-radiologique		
Guide de suivi clinico-radiologique 		2019-12-18
Évaluation clinique du suivi clinico-radiologique 		2019-12-18

TB active

Annexe 4

◆ Informations administratives

ANNEXE 4						
Questionnaire d'enquête de tuberculose						
No de dossier MADO :						
Nom :			Prénom :			
Sexe : <input type="checkbox"/> F <input type="checkbox"/> M Âge :			DDN: (aa) (mm) (jj)			
Adresse :						
No		(Type de rue)	Rue	Direction	App.	
Municipalité :			Code postal :			
Téléphone : Maison :			Travail :			
Cellulaire :			Autre :			
Occupation:						<input type="checkbox"/> Ne s'applique pas <input type="checkbox"/> Ne travaille pas
Nom et prénom ainsi que lien du répondant si autre que le sujet :						
Particularités/Commentaires :						
CLSC et Pharmacie						
CLSC :		Tél. :		Télec. :		
Infirmière responsable :						
Pharmacie :		Tél. :		Télec. :		
Adresse de résidence secondaire actuelle (chalet, habitation du conjoint ou d'un parent)						
Définition :		Endroit où le patient passe au moins une nuit ou plus par semaine				
À remplir pour :		Cas pulmonaires (pendant la période de contagiosité) Cas extrapulmonaires (au moment du diagnostic)				
Adresse :						
No	Type de rue	Rue	Direction	App.	Municipalité	Code postal
Raison pour donner une seconde adresse :						
<input type="checkbox"/> Chalet <input type="checkbox"/> Maison d'amis <input type="checkbox"/> Maison du conjoint <input type="checkbox"/> Maison d'un parent <input type="checkbox"/> Autre:						
<p><i>N. B. : Les sections en gris pâle sont les informations nécessaires pour le fichier central des MADO et les formulaires de l'ASPC.</i></p> <p><i>Les sections en gris plus pâle sont les informations nécessaires pour les formulaires de l'ASPC.</i></p>						

TB active

Annexe 4

- ◆ Antécédents TB
- ◆ Résultats :
 - du GeneXpert (TAAN-PCR)
 - des frottis !!!
 - et cultures (*plus tard*)

A. Histoire médicale																													
1. SITUATION DU CAS																													
Premier épisode de tuberculose																													
<input type="checkbox"/> Oui	<input type="checkbox"/> Non →	Année du diagnostic précédent			<input type="checkbox"/> Au Canada <input type="checkbox"/> Autre pays :																								
Tx antérieur		<input type="checkbox"/> Oui	<input type="checkbox"/> Non	<input type="checkbox"/> Donnée inconnue																									
Médication antérieure																													
<input type="checkbox"/> INH		<input type="checkbox"/> EMB		<input type="checkbox"/> RMP		<input type="checkbox"/> PZA		<input type="checkbox"/> SM																					
<input type="checkbox"/> Autre (précisez) :				<input type="checkbox"/> Donnée inconnue																									
Tx antérieur terminé ou guérison		<input type="checkbox"/> Oui	<input type="checkbox"/> Non	<input type="checkbox"/> Donnée inconnue																									
Si oui, dernier jour du traitement précédent : (aa) (mm) (jj)																													
2. ANALYSE DE LABORATOIRE																													
Frottis					Culture																								
	Pos.	Neg.	Non Fait	In-connu	Date de prélèvement (AAA-MM-JJ)	Pos.	Neg.	Non Fait	In-connu	Date de rapport (AAA-MM-JJ)																			
<input type="checkbox"/> Expectations	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>		<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>																				
<input type="checkbox"/> Expectations	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>		<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>																				
<input type="checkbox"/> Expectations	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>		<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>																				
<input type="checkbox"/> Expectations	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>		<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>																				
<input type="checkbox"/> Lavage des Bronches	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>		<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>																				
<input type="checkbox"/> Lavage Gastrique	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>		<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>																				
<input type="checkbox"/> Urine	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>		<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>																				
<input type="checkbox"/> Biopsie	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>		<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>																				
<input type="checkbox"/> Autre	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>		<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>																				
PCR																													
<input type="checkbox"/> Positif		<input type="checkbox"/> Négatif		Date: (AAA-MM-JJ)																									
<input type="checkbox"/> Non fait		<input type="checkbox"/> Inconnu		Spécimen																									
Génotypage																													
<input type="checkbox"/> Oui		<input type="checkbox"/> Non		<input type="checkbox"/> Inconnu		Nbres MIRU																							
<input type="checkbox"/> RFLP		<input type="checkbox"/> Oui		<input type="checkbox"/> Non		<table border="1"> <tr> <td></td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td> </tr> <tr> <td></td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td> </tr> </table>																							

TB active

Annexe 4

- ◆ Antécédents TB
- ◆ Résultats :
 - du GeneXpert
 - des frottis !!!
 - et cultures (*plus tard*)
- ◆ Génotypage (*plus tard*)

A. Histoire médicale										
1. SITUATION DU CAS										
Premier épisode de tuberculose										
<input type="checkbox"/> Oui	<input type="checkbox"/> Non →	Année du diagnostic précédent	<input type="checkbox"/> Au Canada	<input type="checkbox"/> Autre pays :						
Tx antérieur		<input type="checkbox"/> Oui	<input type="checkbox"/> Non	<input type="checkbox"/> Donnée inconnue						
Médication antérieure										
<input type="checkbox"/> INH		<input type="checkbox"/> EMB		<input type="checkbox"/> RMP		<input type="checkbox"/> PZA		<input type="checkbox"/> SM		
<input type="checkbox"/> Autre (<i>précisez</i>) :				<input type="checkbox"/> Donnée inconnue						
Tx antérieur terminé ou guérison				<input type="checkbox"/> Oui	<input type="checkbox"/> Non	<input type="checkbox"/> Donnée inconnue				
Si oui, dernier jour du traitement précédent : (aa) (mm) (jj)										
2. ANALYSE DE LABORATOIRE										
Frottis					Culture					
	Pos.	Neg.	Non Fait	In-connu	Date de prélèvement (AAA-MM-JJ)	Pos.	Neg.	Non Fait	In-connu	Date de rapport (AAA-MM-JJ)
<input type="checkbox"/> Expectations	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>		<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
<input type="checkbox"/> Expectations	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>		<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
<input type="checkbox"/> Expectations	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>		<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
<input type="checkbox"/> Expectations	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>		<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
<input type="checkbox"/> Lavage des Bronches	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>		<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
<input type="checkbox"/> Lavage Gastrique	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>		<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
<input type="checkbox"/> Urine	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>		<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
<input type="checkbox"/> Biopsie	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>		<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
<input type="checkbox"/> Autre	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>		<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
PCR										
<input type="checkbox"/> Positif		<input type="checkbox"/> Négatif		Date: (AAA-MM-JJ)						
<input type="checkbox"/> Non fait		<input type="checkbox"/> Inconnu		Spécimen						
Génotypage										
<input type="checkbox"/> Oui		<input type="checkbox"/> Non		<input type="checkbox"/> Inconnu		Nbrs MIRU				
<input type="checkbox"/> RFLP		<input type="checkbox"/> Oui		<input type="checkbox"/> Non						

TB active

Annexe 4

- ◆ Présentation clinique
 - ◆ Site de la TB
 - ◆ Date du diagnostic
 - ◆ Status du cas
 - ◆ Sx : date de début !!!
- ◆ RXP !!!

3. PRÉSENTATION CLINIQUE				
Diagnostic clinique				
<input type="checkbox"/> Pulmonaire	<input type="checkbox"/> Pulmonaire associé à silicose			
<input type="checkbox"/> Miliaire	<input type="checkbox"/> Pleurésie			
<input type="checkbox"/> Système nerveux central	<input type="checkbox"/> Abdominal :			
<input type="checkbox"/> Os et articulation :	<input type="checkbox"/> Génito-urinaire :			
<input type="checkbox"/> Primaire	<input type="checkbox"/> Ganglions :			
<input type="checkbox"/> Autre non respir. :	<input type="checkbox"/> Autre respir. :			
Date du diagnostic (AAA-MM-JJ)				
Statut du cas				
Cas validé	<input type="checkbox"/> Oui →	<input type="checkbox"/> confirmé :	(AAA-MM-JJ)	<input type="checkbox"/> probable
	<input type="checkbox"/> Non			
Symptômes	Oui	Date de début*	Non	Inconnu
Aucun	<input type="checkbox"/>		<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Fièvre	<input type="checkbox"/>	(AAA-MM-JJ)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Perte de poids	<input type="checkbox"/>	(AAA-MM-JJ)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Atteinte de l'état général	<input type="checkbox"/>	(AAA-MM-JJ)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Toux	<input type="checkbox"/>	(AAA-MM-JJ)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Expectorations	<input type="checkbox"/>	(AAA-MM-JJ)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Sudations nocturnes	<input type="checkbox"/>	(AAA-MM-JJ)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Hémoptysie	<input type="checkbox"/>	(AAA-MM-JJ)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Autre	<input type="checkbox"/>	(AAA-MM-JJ)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Précisez :				
(* Si le jour de la date de début n'est pas connu, inscrire 07 pour début du mois, 14 pour milieu et 21 pour fin du mois.)				
4. RADIOGRAPHIE PULMONAIRE				
Rapport initial de radiographie pulmonaire				
Date	(AAA-MM-JJ)	<input type="checkbox"/> Date inconnue		
<input type="checkbox"/> Normale	<input type="checkbox"/> Anormale cavitaire		<input type="checkbox"/> Anormale non cavitaire	
<input type="checkbox"/> Non fait	<input type="checkbox"/> Donnée inconnue			
Précisez :				

TB active

Annexe 4

- ◆ Hospitalisation
 - ◆ Date d'hospit !!!
- ◆ Le contexte
- ◆ Le traitement
 - ◆ Date de début de Rx !!!

5. HÔPITAL ET MÉDECIN			
No de dossier de l'hôpital (pour hospitalisation ou non)			
Hospitalisation	<input type="checkbox"/> Oui	Du : (AAA-MM-JJ) au : (AAA-MM-JJ)	<input type="checkbox"/> Non
Hôpital no 1 :		Tél. :	No de chambre : _____
Hôpital no 2 :		Tél. :	No de chambre : _____
Médecin traitant :		Tél. :	
Médecin traitant :		Tél. :	
6. DÉTECTION			
Méthode de détection			
<input type="checkbox"/> Symptômes compatibles avec le siège de l'infection	<input type="checkbox"/> Observation accidentelle		
<input type="checkbox"/> Post-mortem	<input type="checkbox"/> Enquête sur les contacts		
<input type="checkbox"/> Surveillance médicale pour l'immigration	<input type="checkbox"/> Examen médical initial de l'immigration fait à l'extérieur du Canada <input type="checkbox"/> Examen médical initial de l'immigration fait au Canada		
<input type="checkbox"/> Dépistage en milieu de travail	<input type="checkbox"/> Autre type de dépistage		
<input type="checkbox"/> Autre (précisez) :	<input type="checkbox"/> Donnée inconnue		
Commentaires :			
7. TRAITEMENT			
Médication		Début du traitement : (AAA-MM-JJ)	
		Fin du traitement : (AAA-MM-JJ)	
	<u>Résistance</u>	<u>Pour chacun des médicaments</u>	
1^{re} ligne	<input type="checkbox"/> Non <input type="checkbox"/> Inconnu	Posologie	Début du traitement (AAA-MM-JJ) Fin du traitement (AAA-MM-JJ)
<input type="checkbox"/> Isoniazide (INH)	<input type="checkbox"/> Oui	_____	(AAA-MM-JJ) (AAA-MM-JJ)
<input type="checkbox"/> Rifampicine (RMP)	<input type="checkbox"/> Oui	_____	(AAA-MM-JJ) (AAA-MM-JJ)
<input type="checkbox"/> Éthambutol (EMB)	<input type="checkbox"/> Oui	_____	(AAA-MM-JJ) (AAA-MM-JJ)
<input type="checkbox"/> Pyrazinamide (PZA)	<input type="checkbox"/> Oui	_____	(AAA-MM-JJ) (AAA-MM-JJ)
2^e ligne			
<input type="checkbox"/> Streptomycine (SM)	<input type="checkbox"/> Oui	_____	(AAA-MM-JJ) (AAA-MM-JJ)
<input type="checkbox"/> Kanamycine (KAN)	<input type="checkbox"/> Oui	_____	(AAA-MM-JJ) (AAA-MM-JJ)
<input type="checkbox"/> Capréomycine (CAP)	<input type="checkbox"/> Oui	_____	(AAA-MM-JJ) (AAA-MM-JJ)
<input type="checkbox"/> Ofloxacine	<input type="checkbox"/> Oui	_____	(AAA-MM-JJ) (AAA-MM-JJ)
<input type="checkbox"/> Éthionamide (ETHI)	<input type="checkbox"/> Oui	_____	(AAA-MM-JJ) (AAA-MM-JJ)
<input type="checkbox"/> Acide para-aminosalicylique (PAS)	<input type="checkbox"/> Oui	_____	(AAA-MM-JJ) (AAA-MM-JJ)
<input type="checkbox"/> Lévofloxacine	<input type="checkbox"/> Oui	_____	(AAA-MM-JJ) (AAA-MM-JJ)
<input type="checkbox"/> Rifabutin	<input type="checkbox"/> Oui	_____	(AAA-MM-JJ) (AAA-MM-JJ)
<input type="checkbox"/> Autre antibiotique	<input type="checkbox"/> Oui	_____	(AAA-MM-JJ) (AAA-MM-JJ)
Apparition d'une résistance durant le traitement			

TB active

Annexe 4

Période de contagiosité :

- ◆ Déterminée par la SP
- ◆ Attention : définition dans l'outil n'est pas à jour.

8. PÉRIODE DE CONTAGIOSITÉ

Période de recherche de contacts

Début de la période de contagiosité (choisir la date la plus éloignée de la date du diagnostic)

1. Date de début de la toux : (AAA-MM-JJ)

ou

2. Chez patient avec frottis des expectorations positifs

Date du prélèvement – 3 mois : (AAA-MM-JJ)

ou

3. Chez patient avec frottis des expectorations négatifs

Date du prélèvement – 1 mois : (AAA-MM-JJ)

Fin de la période de contagiosité (14 jours après le début des traitements ou après 3 frottis négatifs lorsqu'il y avait des frottis positifs lors du diagnostic) (AAA-MM-JJ)

TB active

Annexe 4

◆ Autres facteurs de risque

3. AUTRES FACTEURS DE RISQUE				
Facteur de risque	Oui	Non	Inconnu	Précisez PRN
<input type="checkbox"/> Diabète	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
<input type="checkbox"/> Cancer	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
<input type="checkbox"/> Silicose	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
<input type="checkbox"/> Radiographie pulmonaire antérieure anormale (maladie fibronodulaire ou granulome)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
<input type="checkbox"/> Prise prolongée (≥ 3 mois) de corticostéroïdes (prednisone ≥ 15 mg/jour ou équivalent)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
<input type="checkbox"/> Immunosuppression associée à une transplantation	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
<input type="checkbox"/> Abus d'alcool dans les 2 dernières années	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
<input type="checkbox"/> Utilisation de drogues dans les 2 dernières années	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
<input type="checkbox"/> Sans abri dans les 2 dernières années	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
<input type="checkbox"/> Histoire de détention dans les 2 dernières années	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
<input type="checkbox"/> Détention en milieu correctionnel au moment du diagnostic	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
<input type="checkbox"/> Contact connu avec cas de tuberculose	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
Si oui, Nom :		Dossier :		
Voyage à forte incidence de TB dans les 2 dernières années		<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Si oui Pays :		Année :		Durée du séjour :
Pays :		Année :		Durée du séjour :
Commentaires :				

TB active

Identification des contacts

TB active		
Déclaration MADO	1 ^{ère} diffusion	Mise à jour
Déclaration MADO		2013-03
Déclaration MADO – Version dynamique		2013-03
Annexe 4		
Annexe 4		2017-06-07
Identification des contacts d'un cas de TB active		
Procédure - Identification des contacts d'un cas de TB active		2019-01
Identification des contacts d'un cas de TB active		2019-11-25
Contrat d'engagement		
Procédure - Contrat d'engagement relatif au traitement obligatoire		2018-10-09
Contrat d'engagement relatif au traitement obligatoire		2018-10-09
Isolement à domicile		
Procédure – Isolement à domicile		2019-12-18
Isolement à domicile		2019-06-07
Prescriptions de la médication TB active		
--Chez l'adulte--		
Traitement TB active – Phase 1 - Adulte		2019-11-29
Traitement TB active – Phase 2 - Adulte		2019-11-29
--Chez l'enfant--		
Traitement TB active – Phase 1 - Enfant		2019-11-29
Traitement TB active – Phase 2 - Enfant		2019-11-29
Protocole de suivi TB active		
Protocole de suivi – TB active		2019-11-25
Enregistrement de la médication TB active		
Procédure - Enregistrement de la médication TB active		2019-04-09
Enregistrement de la médication TB active – Phase 1		2019-11-25
Enregistrement de la médication TB active – Phase 2		2019-11-25
Évaluation clinique mensuelle		
Procédure - Évaluation clinique mensuelle		2019-02-28
Évaluation clinique mensuelle		2019-02-28
Issue de traitement		
Issue de traitement		2018-11
Suivi clinico-radiologique		
Guide de suivi clinico-radiologique		2019-12-18
Évaluation clinique du suivi clinico-radiologique		2019-12-18

TB active

Identification des contacts d'un cas de TB active



Code boîte à outils	DRSP TB /TB ACT-IDENT-CONTACTS
Titre	TB ACTIVE- IDENTIFICATION DES CONTACTS D'UN CAS DE TB ACTIVE - PROCÉDURE
Date	2019-01

PROCÉDURE

POINT CLÉ

L'identification des personnes en contact avec un cas de tuberculose (TB) active est une étape cruciale dans la prévention et le contrôle de la tuberculose.

Un contact est une personne qui a inhalé un volume d'air contaminé aux bacilles de Koch (BK) dans l'environnement d'une personne atteinte de TB active. Le risque d'infection dépend du degré de contagiosité du cas index ainsi que de la fréquence et de la durée d'exposition avec la personne malade, dans un espace intérieur durant la période de contagiosité. Le risque de progression vers la maladie active dépend aussi de la vulnérabilité de l'hôte (ex.: enfant de moins de 5 ans, personne immunosupprimée).

De façon générale, un jeune adulte avec une tuberculose pulmonaire active sera considéré contagieux, tandis qu'un enfant de moins de 10 ans ne le sera pas. Dans ce dernier cas, il faut plutôt rechercher, parmi son entourage, une personne malade qui serait la source de l'infection de l'enfant.

L'enquête doit être planifiée et effectuée selon les recommandations de la DRSP du Nunavik.

BUT

Identifier l'ensemble des personnes exposées à un cas de TB active et caractériser leur degré d'exposition durant la période de contagiosité.

OBJECTIFS

- > Détecter des cas de TB active secondaires et amorcer un traitement antituberculeux rapidement.
- > Détecter parmi les personnes exposées celles qui ont été infectées (ITL) ou vulnérables et offrir un traitement préventif ou un suivi clinico-radiologique.
- > Rechercher un cas source si le cas index est un enfant ou si la situation le requiert.

RESPONSABILITÉS DE L'ÉQUIPE DE SOINS (infirmière, médecin, interprète)

Étape préalable à l'entrevue:

- > La DRSP communiquera avec vous afin de planifier les étapes de l'enquête, de clarifier les caractéristiques cliniques du cas (antécédents, symptômes, résultats de microbiologie et de radiologie) et de déterminer le degré d'infectiosité et la période de contagiosité du cas index.
- > Lire attentivement le formulaire *Identification des contacts* afin de bien comprendre et assimiler l'ensemble de la démarche.

Au début de l'entrevue: Créer un climat de confiance

- > Explorer les sentiments du patient par rapport à la tuberculose, la compréhension qu'il a de sa maladie et sa motivation à suivre le traitement. Il sera nécessaire de combler les lacunes et de corriger les idées fausses.
- > Expliquer clairement (concepts et mots simples) la maladie, le mode de transmission (toux, espace clos, pas de risque en plein air), la période de contagiosité et les risques de contamination durant cette période, pour justifier la démarche. Cette information doit lui demeurer en tête pendant toute la durée du questionnaire.
- > Expliquer l'importance d'identifier l'ensemble des personnes avec lesquelles il a passé du temps durant la période de contagiosité. Mentionner que ces personnes peuvent avoir été infectées (ITL) et que certaines d'entre elles peuvent développer la TB. Expliquer l'importance de l'intervention précoce afin d'agir rapidement et éviter que la TB se propage dans la communauté.



- > Aviser le patient que toutes les informations obtenues lors de la discussion sont **CONFIDENTIELLES** et seront utilisées seulement par la DRSP et les Centres de Santé respectifs. Ces informations permettront une meilleure planification des interventions et une prise en charge efficace de l'ensemble des personnes identifiées.
- > Informer le patient que l'entrevue peut être menée sur quelques jours pour lui laisser le temps de réfléchir à la démarche et de se remémorer des personnes côtoyées durant la période déterminée. Il est important de suivre le rythme du patient et surtout d'éviter que l'entrevue soit lourde pour lui.

Pendant l'entrevue: Lister l'ensemble des contacts

- > Déterminer le **plus clairement possible la fréquence et la durée d'exposition** pour chacune des personnes identifiées afin de permettre à la DRSP d'évaluer adéquatement leur risque d'infection et d'établir le suivi clinique approprié pour chacune d'entre elles.
- > Débuter la démarche en vérifiant s'il y a, parmi ses contacts proches, des personnes vulnérables soit, des enfants de moins de 5 ans, car ceux-ci peuvent développer rapidement des formes sévères de tuberculose OU des immunodéficients (VIH, greffé d'organe traité aux immunosuppresseurs, personne sous traitement de glucocorticoides (15mg/jour et plus de prednisone). Tout au long de l'entrevue, porter une attention particulière aux personnes vulnérables de son entourage.
- > Si l'usager est un consommateur de cannabis ou autres drogues inhalées, porter une attention particulière aux lieux et aux personnes qui partagent cette activité avec lui ou qui seraient présentes sur place (ex.: enfant qui accompagne un ami, enfant vivant dans la maison visitée) étant donné le risque associé à la toux qui en résulte. **Sujet pouvant être sensible pour certains, veuillez l'aborder habilement.**
- > Aider le patient à se situer dans le temps et essayer de prendre en compte des événements marquants (ex.: Noël, voyage, mariage, vacances, activités saisonnières) durant sa période de contagiosité pour mettre des repères temporels.
- > Utiliser une carte imprimée du village afin d'aider l'usager à situer des lieux de rencontres (disponible sur le site web de l'Administration Régionale Katuvik (ARK) dans la section Nunivaat).
- > Le nom d'une même personne peut apparaître sur plusieurs listes si celle-ci est rencontrée dans différents lieux ou activités diverses. Le cumul de la durée d'exposition sera d'autant plus important.
- > Assurez-vous de n'oublier personne! Père, mère, parents adoptifs, enfants adoptés, gens avec qui il prend ses repas, frères, sœurs, grands-parents, oncles, tantes, beaux-frères, belles sœurs, neveux, nièces, cousins, voisins, amis, collègue de travail, visiteurs d'un autre village, gens avec qui il partage des activités régulières: camping, jeux de cartes, sculpture, couture, jeux vidéo, etc.

Important: Outre ses visiteurs à la maison, il faut penser aux visiteurs de ses enfants, de ses parents de ses frères et sœurs et les visiteurs des amis ou de la famille rencontrés dans les maisons et les lieux visités fréquemment.

Après la rencontre

- > Transmettre le questionnaire complété à la DRSP du Nunavik (télécopier: 1-866-867-8026) qui classera par ordre de priorité les contacts en fonction de leur exposition, leur vulnérabilité immunitaire, leur antécédent et la présence ou non de symptômes. La DRSP vous guidera dans les prochaines étapes d'évaluations cliniques.

TB active

Identification des contacts d'un cas de TB active - page 1

 <p>IDENTIFICATION DES CONTACTS D'UN CAS DE TB ACTIVE</p>	 <p>Centre de Santé et Services Sociaux Inuulitsivik Inuulitsivik Health & Social Services Centre Puvimtuq, Québec J0M 1P0 T 819 980-2957 / F 819 980-2796</p>  <p>UINGAVA TULATTAVIK HEALTH CENTER CENTRE DE SANTÉ TULATTAVIK DE L'UNGAVA</p>	<p>IDENTIFICATION</p> <p>EMBOSSER ICI LA CARTE DU CSI ou CSTU SI NON DISPONIBLE, INSCRIRE LES PRENOM, NOM, DATE DE NAISSANCE ET NO. DOSSIER</p>
<p>RENSEIGNEMENTS CLINIQUES</p>		
<p>Date de début de la toux : ____/____/____ <small>AAAA/MM/JJ</small></p>	<p>Date du diagnostic : ____/____/____ <small>AAAA/MM/JJ</small></p>	<p>Date du début du traitement : ____/____/____ <small>AAAA/MM/JJ</small></p>
<p>GeneXpert-PCR : <input type="checkbox"/> Positif <input type="checkbox"/> Négatif</p>	<p>Frottis : <input type="checkbox"/> Positif → (1+) (2+) (3+) (4+) <input type="checkbox"/> Négatif</p>	<p>Culture : <input type="checkbox"/> Positif <input type="checkbox"/> Négatif</p>
<p>Radiographie pulmonaire : <input type="checkbox"/> Normale <input type="checkbox"/> Anormale, sans évidence de TB active <input type="checkbox"/> Anormale, compatible avec TB active <input type="checkbox"/> Anormale, lésions cavitaires TB active probable</p>		
<p>Consommateur de cannabis ou autre drogue inhalée : <input type="checkbox"/> OUI <input type="checkbox"/> NON</p>		
<p>Période de contagiosité : Date de début¹ : ____/____/____ Date de fin² : ____/____/____ <small>AAAA/MM/JJ</small> <small>AAAA/MM/JJ</small></p>		
<p>NOTE : Se référer à la période de contagiosité comprise entre ces dates pour effectuer la recherche de contacts</p>		
<p>¹ Date déterminée et transmise par la Direction de santé publique (basée sur la date du début des symptômes ET selon les résultats de laboratoire (notamment les frottis d'expectorations) et de radiographies pulmonaires (cavitaire ou non) du cas.</p>		
<p>² Date du 1^{er} frottis négatif d'une série de 3 négatifs (si frottis positif au départ), sinon date de la 14^e journée de traitement</p>		
<p>Signature de l'infirmière qui effectue l'entrevue : _____ Date : ____/____/____ <small>AAAA/MM/JJ</small></p>		

TB active

Identification des contacts d'un cas de TB active - page 3

- ◆ Tout au long de l'entrevue: porter une attention particulière aux personnes vulnérables de l'entourage du patient (< 5 ans ou immunosupprimées)

MAISONNÉE : RÉSIDENTS

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

Résidence principale : # _____

Liste des résidents permanents de la maison durant la période de contagiosité :

	Nom	No dossier	Date de naissance	Âge	Sexe (m / f)	Lien avec l'usager ¹	Chambre ² (O / N)	Cannabis ³ (O / N)	Symptômes ⁴ (O / N)
1.									
2.									
3.									
4.									
5.									
6.									
7.									
8.									
9.									
10.									
11.									

- ◆ Permet de cibler rapidement les enfants <5 ans. des indications précieuses sur les facteurs de risque.

Légende :

- Exemples de lien : père, mère, frère, sœur, oncle, tante, cousin(e), ami, grands-parents, etc.
- Est-ce que l'occupant dort dans la même chambre que l'usager?
- Y a-t-il eu partage de cannabis ou autre drogue inhalée avec l'usager?
- Symptômes compatibles avec TB active observés chez le contact, ex. : toux persistante, perte de poids notable, fatigue, etc. ?

TB active

Identification des contacts d'un cas de TB active - page 5



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



ᐅᕐᕐᕐᕐ ᐅᕐᕐᕐᕐ ᐅᕐᕐᕐᕐᕐᕐ
UNGAVA TULATTAVIK HEALTH CENTER
CENTRE DE SANTÉ TULATTAVIK DE L'UNGAVA

IDENTIFICATION DES CONTACTS D'UN CAS DE TB ACTIVE

IDENTIFICATION

EMBOSSER ICI LA CARTE DU CSI ou CSTU
SI NON DISPONIBLE, INSCRIRE LES
PRENOM, NOM, DATE DE NAISSANCE ET
NO. DOSSIER

MAISONNÉE : VISITEURS (SUITE)

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

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

Nom	No dossier	Date de naissance	Âge	Sexe (m / f)	Lien avec l'usager ¹	Fréquence et durée ²	Dormi ³ (O / N)	Cannabis ⁴ (O / N)	Symptômes ⁵ (O / N)
22.									
23.									
24.									
25.									
26.									
27.									
28.									
29.									
30.									
31.									
32.									

Légende :

- Exemples de lien : père, mère, frère, sœur, cousin, ami, ami des enfants ou des parents, 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 le visiteur dorme dans la même chambre que celle de l'usager? Si oui, indiquer la fréquence.
- Y a-t-il eu partage de cannabis ou autre drogue inhalée avec l'usager?
- Symptômes compatibles avec TB active observés chez le contact: ex. : toux persistante, perte de poids notable, fatigue, etc.?

TB active

Identification des contacts d'un cas de TB active - page 6

IDENTIFICATION
D'UN CAS

MAISONNÉE

Durant la période
Liste des maisons

CSI ou CSTU
PRE LES
SSANCE ET

No de maison	Nom	dossier	naissance	Age	(m / f)	l'usager ¹	et durée ²	(O / N)	bis ⁴	Symptômes ⁵ (O / N)
33.										
34.										
35.										
36.										
37.										
38.										
39.										
40.										
41.										
42.										

Utiliser une carte imprimée du village afin d'aider l'usager à situer des lieux de rencontres (disponible sur le site web de l'Administration Régionale Kativik (ARK) dans la section Nunivaat).

Légende :

1. Exemples de lien : père, mère, frère, sœur, cousin, tante, ami, enfants, ami des enfants ou des personnes présentes, 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. Est-il arrivé que l'usager dorme dans la même chambre que celle du contact ? Si oui, à quelle fréquence ?
4. Y a-t-il eu partage de cannabis ou autre drogue inhalée avec l'usager?
5. Symptômes compatibles avec TB active observés chez le contact: ex. : toux persistante, perte de poids notable, fatigue, etc.?

TB active

Identification des contacts d'un cas de TB active - page 7



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



ᐃᓄᐱᓐ ᐃᓄᓐᓂᓐᓂᓐᓂᓐᓂᓐᓂᓐ
UNGAVA TULLATTAVIK HEALTH CENTER
CENTRE DE SANTÉ TULLATTAVIK DE L'UNGAVA

IDENTIFICATION DES CONTACTS D'UN CAS DE TB ACTIVE

IDENTIFICATION

EMBOSSER ICI LA CARTE DU CSI ou CSTU
SI NON DISPONIBLE, INSCRIRE LES
PRENOM, NOM, DATE DE NAISSANCE ET
NO. DOSSIER

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'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 :

No de maison	Nom	No dossier	Date de naissance	Âge	Sexe (m / f)	Lien avec l'usager ¹	Fréquence et durée ²	Dormi ³ (O / N)	Cannabis ⁴ (O / N)	Symptômes ⁵ (O / N)
43.										
44.										
45.										
46.										
47.										
48.										
49.										
50.										
51.										
52.										

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 !** Inscire 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 ?
- Y a-t-il eu partage de cannabis ou autre drogue inhalée avec l'usager ?
- Symptômes compatibles avec TB active observés chez le contact: ex. : toux persistante, perte de poids notable, fatigue, etc. ?

TB active

Identification des contacts d'un cas de TB active - page 8



REGIE REGIONALE DE LA NUNAVIK REGIONAL
SANTÉ ET DES SERVICES BOARD OF HEALTH
SOCIAUX DU NUNAVIK AND SOCIAL SERVICES



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



UNGAVA TULATTAVIK HEALTH CENTER
CENTRE DE SANTÉ TULATTAVIK DE L'UNGAVA

IDENTIFICATION

EMBOSSER ICI LA CARTE DU CSI ou CSTU
SI NON DISPONIBLE, INSCRIRE LES
PRENOM, NOM, DATE DE NAISSANCE ET
NO. DOSSIER

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'usager pendant la période de contagiosité :

Nom	No dossier	Date de naissance	Âge	Sexe (m / f)	Lien avec l'usager ¹	Fréquence et durée ²	Symptômes ³ (O / N)
53.							
54.							
55.							
56.							
57.							
58.							
59.							
60.							
61.							

Légende :

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

◆ Permet de calculer la date de fin de période fenêtre

TB active

Identification des contacts d'un cas de TB active - page 9



REGIE REGIONALE DE LA NUNAVIK REGIONAL
SANTÉ ET DES SERVICES BOARD OF HEALTH
SOCIAUX DU NUNAVIK AND SOCIAL SERVICES



Inuulitsivik
Centre de Santé et Services Sociaux Inuulitsivik
Inuulitsivik Health & Social Services Centre
Puvirnituq, Québec J0M 1P0
T 819 980-2957 / F 819 980-2796



Uingava Tulattavik Health Center
Centre de Santé Tulattavik de l'Uingava

**IDENTIFICATION DES CONTACTS
D'UN CAS DE TB ACTIVE**

IDENTIFICATION

*EMBOSSER ICI LA CARTE DU CSI ou CSTU
SI NON DISPONIBLE, INSCRIRE LES
PRENOM, NOM, DATE DE NAISSANCE ET
NO. DOSSIER*

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 la garderie : _____ Date de la dernière présence : ____/____/____ (AAAA/MM/JJ)

Liste des personnes avec qui l'usager 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'usager ¹	Fréquence et durée ²	Cannabis ³ (O / N)	Symptômes ⁴ (O / N)
62.								
63.								
64.								
65.								
66.								
67.								
68.								
69.								
70.								

Légende :

- Exemples de lien: ami, travail d'équipe, professeur, éducateur, etc.
- Important de bien remplir cette section!** Inscrire 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'usager?
- Symptômes compatibles avec TB active observés chez le contact, ex. : toux persistante, perte de poids notable, fatigue, etc.?

TB active

Identification des contacts d'un cas de TB active - page 10



REGIE REGIONALE DE LA NUNAVIK REGIONAL
SANTÉ ET DES SERVICES BOARD OF HEALTH
SOCIAUX DU NUNAVIK AND SOCIAL SERVICES



Inuulitsivik

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



UNGAVA TULATTAVIK HEALTH CENTER
CENTRE DE SANTÉ TULATTAVIK DE L'UNGAVA

**IDENTIFICATION DES CONTACTS
D'UN CAS DE TB ACTIVE**

IDENTIFICATION

EMBOSSER ICI LA CARTE DU CSI ou CSTU
SI NON DISPONIBLE, INSCRIRE LES
PRENOM, NOM, DATE DE NAISSANCE ET
NO. DOSSIER

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	Symptômes ³ (O / N)
71.							
72.							
73.							
74.							
75.							
76.							
77.							

Légende :

1. Exemples de lien: directeur, collègue, etc.
2. **Important de bien remplir cette section!** Inscire le nombre de présence par semaine et le nombre habituel d'heures de ces présences
3. Symptômes compatibles avec TB active observés chez le contact, ex. : toux persistante, perte de poids notable, fatigue, etc.?

TB active

Identification des contacts d'un cas de TB active - page 11



IDENTIFICATION DES CONTACTS
D'UN CAS DE TB ACTIVE



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



Uᑭᑦᑎᑦᑎᑦ ᑕᑦᑎᑦᑎᑦ ᑕᑦᑎᑦᑎᑦ
UNGAVA TULATTAVIK HEALTH CENTER
CENTRE DE SANTÉ TULATTAVIK DE L'UNGAVA

IDENTIFICATION

*EMBOSSER ICI LA CARTE DU CSI ou CSTU
SI NON DISPONIBLE, INSCRIRE LES
PRENOM, NOM, DATE DE NAISSANCE ET
NO. DOSSIER*

VOYAGE Non-applicable

Date de départ AAAA/MM/JJ	Date de retour AAAA/MM/JJ	Lieu d'hébergement	Coordonnées personnes visitées
		Exemples :	
		◆ Dans d'autres villages du Nunavik	
		◆ Au sud	
		◆ Au Nunavut	

TB active

Identification des contacts d'un cas de TB active - page 12



IDENTIFICATION DES CONTACTS
D'UN CAS DE TB ACTIVE



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



ᐅᕐᕐᕐᕐ ᐅᕐᕐᕐᕐ ᐅᕐᕐᕐᕐᕐ
UNGAVA TULATTAVIK HEALTH CENTER
CENTRE DE SANTÉ TULATTAVIK DE L'UNGAVA

IDENTIFICATION

EMBOSSER ICI LA CARTE DU CSI ou CSTU
SI NON DISPONIBLE, INSCRIRE LES
PRENOM, NOM, DATE DE NAISSANCE ET
NO. DOSSIER

AUTRES LIEUX

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

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

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 !** Incrire le nombre de présence par semaine et le nombre habituel d'heures de ces présences

TB active

Identification des contacts d'un cas de TB active - page 13



IDENTIFICATION DES CONTACTS
D'UN CAS DE TB ACTIVE



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



ᐅᓕᓕᓐ ᐅᓕᓐ ᐅᓐᓐᓐᓐᓐᓐ
LINGAVA TULATTAVIK HEALTH CENTER
CENTRE DE SANTÉ TULATTAVIK DE L'UNGAVA

IDENTIFICATION

EMBOSSER ICI LA CARTE DU CSI ou CSTU
SI NON DISPONIBLE, INSCRIRE LES
PRENOM, NOM, DATE DE NAISSANCE ET
NO. DOSSIER

AUTRES LIEUX

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

Autre lieu de rassemblement (ex. : centre communautaire, église) <input type="checkbox"/> Oui <input type="checkbox"/> Non	Type d'activité : _____ Lieu de rassemblement : _____ Fréquence et durée de l'activité²: _____ Date de la dernière présence : ____/____/____ (AAAA/MM/JJ)
Établissement(s) de détention <input type="checkbox"/> Oui <input type="checkbox"/> Non	Nom : _____ Période de détention : _____ Nom : _____ Période de détention : _____

◆ Suivi sera fait par l'équipe de SP

◆ Un même nom peut se retrouver dans plusieurs listes.

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

TB active

Contrat d'engagement

TB active		
Déclaration MAD0	1 ^{ère} diffusion	Mise à jour
Déclaration MAD0 		2013-03
Déclaration MAD0 - Version dynamique 		2013-03
Annexe 4		
Annexe 4 		2017-06-07
Identification des contacts d'un cas de TB active		
Procédure - Identification des contacts d'un cas de TB active 		2019-01
Identification des contacts d'un cas de TB active 		2019-11-25
Contrat d'engagement		
Procédure - Contrat d'engagement relatif au traitement obligatoire 		2018-10-09
Contrat d'engagement relatif au traitement obligatoire 		2018-10-09
Isolement à domicile		
Procédure - Isolement à domicile 		2019-12-18
Isolement à domicile 		2019-06-07
Prescriptions de la médication TB active		
--Chez l'adulte--		
Traitement TB active - Phase 1 - Adulte 		2019-11-29
Traitement TB active - Phase 2 - Adulte 		2019-11-29
--Chez l'enfant--		
Traitement TB active - Phase 1 - Enfant 		2019-11-29
Traitement TB active - Phase 2 - Enfant 		2019-11-29
Protocole de suivi TB active		
Protocole de suivi - TB active 		2019-11-25
Enregistrement de la médication TB active		
Procédure - Enregistrement de la médication TB active 		2019-04-09
Enregistrement de la médication TB active - Phase 1 		2019-11-25
Enregistrement de la médication TB active - Phase 2 		2019-11-25
Évaluation clinique mensuelle		
Procédure - Évaluation clinique mensuelle 		2019-02-28
Évaluation clinique mensuelle 		2019-02-28
Issue de traitement		
Issue de traitement 		2018-11
Suivi clinico-radiologique		
Guide de suivi clinico-radiologique 		2019-12-18
Évaluation clinique du suivi clinico-radiologique 		2019-12-18

TB active

Contrat d'engagement - procédure

La Tuberculose est une maladie à traitement obligatoire (MATO).

Objectifs :

- ◆ Informer le patient :
 - ◆ De ses obligations légales de traitement
 - ◆ De ses conditions de suivi thérapeutique
 - ◆ Des conséquences à une mauvaise observance
- ◆ Engager sa responsabilité



Code boîte à outils	DRSP TB / TB ACT- MATO
Titre	TB ACTIVE- INFORMATION SUR LE TRAITEMENT OBLIGATOIRE
Date	2018-10-09

PROCÉDURE

POINT CLÉ

La tuberculose est la seule maladie à traitement obligatoire (MATO) selon la Loi de Santé publique. Une grande vigilance de la part des équipes de soins s'impose afin d'accompagner la personne atteinte de tuberculose tout au long de son suivi thérapeutique.

BUT

Informier le patient sous traitement antituberculeux des obligations légales concernant son traitement ainsi que des différentes conditions du suivi thérapeutique qui en découlent.

OBJECTIF

Le patient sous traitement antituberculeux s'engage à respecter les différentes étapes de son traitement ainsi que des différentes conditions qui en découlent par la signature du document.

RESPONSABILITÉS DE L'ÉQUIPE DE SOINS (infirmière, médecin, agent communautaire)

- Avant la signature du formulaire, informer la personne atteinte de tuberculose (ou le parent ou son représentant légal, si enfant), sur la sévérité de la maladie, les risques de contagiosité pour ses proches, l'efficacité du traitement et finalement l'importance et les bénéfices d'un traitement complet. La collaboration de la personne à se plier aux exigences du traitement n'en sera qu'accrue. Utiliser divers moyens tels que : visites fréquentes, consignes répétées, validation de l'information avec un interprète, pamphlet informatif, etc.
- Au moment de la signature du formulaire, lire le document à la personne atteinte de tuberculose (ou au parent ou représentant légal de l'enfant) avec l'aide d'un interprète au besoin, et s'assurer de la bonne compréhension des éléments contenus dans le document.
- Identifier et lister au besoin les facteurs de risque d'une possible mauvaise observance au suivi thérapeutique, par exemple : aucune participation durant la rencontre, fermeture concernant sa participation, signes d'agressivité ou de passivité, refus de signer le document, etc.
- Proposer des stratégies pour promouvoir l'assiduité/compliance (exemples : obtenir le soutien des proches ou d'une personne significative, identifier des obstacles potentiels à la compliance, ajuster les horaires en fonction des activités quotidiennes).
- Aviser la Direction de santé publique du Nunavik advenant une difficulté qui pourrait compromettre le régime thérapeutique.

TB active

Nouveau cas

TB active		
Déclaration MAD0	1 ^{ère} diffusion	Mise à jour
Déclaration MAD0 		2013-03
Déclaration MAD0 – Version dynamique 		2013-03
Annexe 4		
Annexe 4 		2017-06-07
Identification des contacts d'un cas de TB active		
Procédure - Identification des contacts d'un cas de TB active 		2019-01
Identification des contacts d'un cas de TB active 		2019-11-25
Contrat d'engagement		
Procédure - Contrat d'engagement relatif au traitement obligatoire 		2018-10-09
Contrat d'engagement relatif au traitement obligatoire 		2018-10-09
Isolement à domicile		
Procédure – Isolement à domicile 		2019-12-18
Isolement à domicile 		2019-06-07
Prescriptions de la médication TB active		
--Chez l'adulte--		
Traitement TB active – Phase 1 - Adulte 		2019-11-29
Traitement TB active – Phase 2 - Adulte 		2019-11-29
--Chez l'enfant--		
Traitement TB active – Phase 1 - Enfant 		2019-11-29
Traitement TB active – Phase 2 - Enfant 		2019-11-29
Protocole de suivi TB active		
Protocole de suivi – TB active 		2019-11-25
Enregistrement de la médication TB active		
Procédure - Enregistrement de la médication TB active 		2019-04-09
Enregistrement de la médication TB active – Phase 1 		2019-11-25
Enregistrement de la médication TB active – Phase 2 		2019-11-25
Évaluation clinique mensuelle		
Procédure - Évaluation clinique mensuelle 		2019-02-28
Évaluation clinique mensuelle 		2019-02-28
Issue de traitement		
Issue de traitement 		2018-11
Suivi clinico-radiologique		
Guide de suivi clinico-radiologique 		2019-12-18
Évaluation clinique du suivi clinico-radiologique 		2019-12-18

TB active

Isolement à domicile - procédure

- ◆ Maintenir la personne dans son milieu de vie
- ◆ Prévenir la transmission par l'observance de certaines contraintes
- ◆ Décision principalement de l'équipe traitante
- ◆ Les équipes de SP sont en soutien
- ◆ Envisageable uniquement chez les patients frottis négatifs et non cavitaires.



Code boîte à outils	DRSP TB / TB ACT – ISOL-DOM
Titre	TB ACTIVE- ISOLEMENT A DOMICILE POUR TUBERCULOSE
Date	2019-12-18

PROCÉDURE

POINTS CLÉS

La tuberculose est la seule maladie à traitement obligatoire (MATO) selon la Loi de Santé publique. L'isolement à domicile est une approche alternative à l'hospitalisation pour certains cas. Elle vise à maintenir la personne dans son milieu de vie tout en prévenant la transmission, par l'observance de certaines contraintes sur ses activités de vie quotidienne. Une grande vigilance de la part des équipes de soins s'impose afin d'accompagner la personne atteinte de tuberculose durant la période d'isolement à domicile.

Au même titre que l'isolement à domicile doit compter sur une connaissance et une collaboration optimales de la personne atteinte, une même compréhension et collaboration est nécessaire de l'ensemble des membres de la maisonnée.

La décision d'offrir un isolement à domicile dans le cadre de ce protocole et le suivi qui en découle relèvent principalement de l'équipe traitante (médecin traitant et équipe du CLSC). Les équipes de santé publique du centre de santé et de la Régie régionale de santé et des services sociaux du Nunavut sont en soutien à ces décisions.

BUT

Informar la personne sous traitement antituberculeux et les membres de sa maisonnée des conditions à respecter lors de la période d'isolement à domicile et des stratégies de gestion de l'isolement.

OBJECTIF

La personne sous traitement antituberculeux s'engage à respecter les instructions reçues concernant son isolement à domicile ainsi que les différentes conditions qui en découlent.

CONDITIONS POUR OFFRIR L'ISOLEMENT À DOMICILE

La personne doit avoir des frottis négatifs. Ceci inclut les cas à frottis négatifs et cultures négatives (cas probables). Une personne ayant des frottis négatifs au moment du début du traitement pourra donc ne pas nécessiter d'hospitalisation ou se voir offrir un congé de l'hôpital avant deux semaines de traitement, si elle remplit les autres conditions pour l'isolement à domicile. Pour les cas avec frottis négatifs mais avec cavités au rayon X pulmonaire, un potentiel contagieux plus élevé doit être suspecté et un isolement initial en milieu hospitalier devrait être envisagé, en fonction de l'évaluation clinique.

TB active

Isolement à domicile - procédure

- ◆ Rester à son domicile
- ◆ Avoir des activités extérieures
- ◆ Pas de nouveaux visiteurs
- ◆ Enfants < 5 ans sous prophylaxie



Si la personne est déjà hospitalisée, l'évaluation initiale doit avoir été complétée à l'hôpital et le traitement doit être débuté et bien toléré. Si la personne est en communauté et qu'il n'y a pas d'indication d'hospitalisation, le traitement peut débuter en communauté, si les ressources pour l'évaluation et la prise en charge sont disponibles.

La personne et les membres de sa maisonnée doivent être en mesure de comprendre et de respecter les conditions d'isolement à domicile pour la personne atteinte :

- Ne pas recevoir de visiteurs
- Ne pas rendre visite à d'autres personnes
- Ne pas aller travailler
- Ne pas aller dans des endroits publics (par exemple, école, centre communautaire, épicerie, église, centre sportif ou de loisir intérieur, etc.)
- Ne pas assister à des événements sociaux comme une fête d'anniversaire, un mariage, un festival de musique, une réunion familiale, un service funéraire, etc.
- Ne pas voyager à l'extérieur de sa communauté
- Idéalement, dormir seul dans sa chambre ; sinon, ne pas partager sa chambre avec de nouvelles personnes
- Porter un masque chirurgical lors des visites essentielles au CLSC (pour la TOD ou autre)

Il ne doit pas y avoir de personnes auparavant non-exposées emménageant dans le domicile de la personne durant sa période d'isolement.

Les contacts domiciliaires doivent être rapidement identifiés, évalués et pris en charge.

S'il y a des personnes vulnérables (enfants de moins de 5 ans ou personnes immunosupprimées) dans le domicile :

- Elles doivent être sous traitement prophylactique (ou sous traitement pour TB active, le cas échéant), au moment du début de l'isolement à domicile et pendant toute la durée de celui-ci.
- Si le traitement prophylactique des personnes vulnérables de la maisonnée ne peut pas être initié immédiatement, l'isolement à domicile peut être offert si ces personnes vulnérables peuvent vivre ailleurs jusqu'à ce que leur traitement prophylactique débute. Cette option peut être envisagée si elle est acceptable pour toutes les personnes impliquées.
- Les personnes vulnérables ou leurs parents/gardiens doivent accepter que la période de prophylaxie fenêtre soit prolongée (voir point sur la prophylaxie fenêtre plus bas).

La personne doit être en mesure de suivre son plan de traitement qui inclut une thérapie sous observation directe (TOD).

Il ne doit pas y avoir d'autres indications d'hospitalisation.

ACTIVITÉS À L'EXTÉRIEUR

La personne atteinte devrait être encouragée à faire des activités à l'extérieur durant sa période d'isolement à domicile, dans la mesure où son état de santé le lui permet. Elle n'a pas besoin de porter de masque à l'extérieur. Par contre, la personne ne doit pas dormir dans une tente ou une cabine avec des personnes autres que les membres de sa maisonnée.

Les enfants atteints sont aussi encouragés à jouer à l'extérieur. La famille devrait impliquer les adultes significatifs de leur entourage pour éviter que les enfants jouent à l'intérieur chez des amis ou des membres de la famille durant leur période d'isolement à domicile. Il est à noter toutefois que les enfants de moins de 10 ans sont rarement jugés contagieux.

TB active

Isolement à domicile - procédure

- ◆ Si patient non compliant à son isolement à domicile, médecin devrait réévaluer. Possibilité d'hospitalisation.



Si la personne est déjà hospitalisée, l'évaluation initiale doit avoir été complétée à l'hôpital et le traitement doit être débuté et bien toléré. Si la personne est en communauté et qu'il n'y a pas d'indication d'hospitalisation, le traitement peut débuter en communauté, si les ressources pour l'évaluation et la prise en charge sont disponibles.

La personne et les membres de sa maisonnée doivent être en mesure de comprendre et de respecter les conditions d'isolement à domicile pour la personne atteinte :

- Ne pas recevoir de visiteurs
- Ne pas rendre visite à d'autres personnes
- Ne pas aller travailler
- Ne pas aller dans des endroits publics (par exemple, école, centre communautaire, épicerie, église, centre sportif ou de loisir intérieur, etc.)
- Ne pas assister à des événements sociaux comme une fête d'anniversaire, un mariage, un festival de musique, une réunion familiale, un service funéraire, etc.
- Ne pas voyager à l'extérieur de sa communauté
- Idéalement, dormir seul dans sa chambre ; sinon, ne pas partager sa chambre avec de nouvelles personnes
- Porter un masque chirurgical lors des visites essentielles au CLSC (pour la TOD ou autre)

Il ne doit pas y avoir de personnes auparavant non-exposées emménageant dans le domicile de la personne durant sa période d'isolement.

Les contacts domiciliaires doivent être rapidement identifiés, évalués et pris en charge.

S'il y a des personnes vulnérables (enfants de moins de 5 ans ou personnes immunosupprimées) dans le domicile :

- Elles doivent être sous traitement prophylactique (ou sous traitement pour TB active, le cas échéant), au moment du début de l'isolement à domicile et pendant toute la durée de celui-ci.
- Si le traitement prophylactique des personnes vulnérables de la maisonnée ne peut pas être initié immédiatement, l'isolement à domicile peut être offert si ces personnes vulnérables peuvent vivre ailleurs jusqu'à ce que leur traitement prophylactique débute. Cette option peut être envisagée si elle est acceptable pour toutes les personnes impliquées.
- Les personnes vulnérables ou leurs parents/gardiens doivent accepter que la période de prophylaxie fenêtrée soit prolongée (voir point sur la prophylaxie fenêtrée plus bas).

La personne doit être en mesure de suivre son plan de traitement qui inclut une thérapie sous observation directe (TOD).

Il ne doit pas y avoir d'autres indications d'hospitalisation.

ACTIVITÉS À L'EXTÉRIEUR

La personne atteinte devrait être encouragée à faire des activités à l'extérieur durant sa période d'isolement à domicile, dans la mesure où son état de santé le lui permet. Elle n'a pas besoin de porter de masque à l'extérieur. Par contre, la personne ne doit pas dormir dans une tente ou une cabine avec des personnes autres que les membres de sa maisonnée.

Les enfants atteints sont aussi encouragés à jouer à l'extérieur. La famille devrait impliquer les adultes significatifs de leur entourage pour éviter que les enfants jouent à l'intérieur chez des amis ou des membres de la famille durant leur période d'isolement à domicile. Il est à noter toutefois que les enfants de moins de 10 ans sont rarement jugés contagieux.

TB active

Isolement à domicile – informations au patient

Home Isolation for Tuberculosis (TB)

You have active TB disease of the lungs. You can spread TB germs through the air to other people when you cough, sneeze, talk, laugh or sing.

You are not sick enough to need hospital care but because you are sick and contagious, you need to rest at home and stay away from other people.

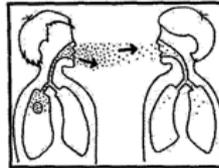
Home Isolation

Home isolation is when a person is instructed to stay home because of a contagious disease. Home isolation is very important to stop the spread of TB and protect others. Staying home also gives your body time for the medication to work so that you are no longer infectious.

You can stay home and enjoy your indoor living habits instead of being isolated in a hospital room. The health team relies on you to follow home isolation instructions listed below.

Protect your Family, Friends and Community

- Stay at home. Get plenty of rest and eat healthy food.
- Only people who were already living with you when you were diagnosed with TB can live with you while you are infectious. They don't need to worry because they have already been exposed to TB. They will be the first ones to be checked for TB.
- Any children under 5 years old living with you will be checked quickly and given TB preventive medicine until they have their final TB skin test. Their bodies may not be strong enough to fight TB germs yet.
- Sleep alone in your room, if possible. If you cannot have your own bedroom, only people who were already sharing your bedroom when you were diagnosed can continue to do so.
- Open your windows if weather permits. This will help remove TB germs from your home.
- When you cough or sneeze, cover your mouth and nose with a tissue or your sleeve.
- ⊗ No visitors should visit your home and you should not visit other people.
- ⊗ Do not go to work.
- ⊗ Do not go to public places like school, community center, grocery stores, church, indoor sports or hobby facilities, etc.
- ⊗ Do not attend social events like birthday party, wedding, music festival, family reunion, funeral service, etc.
- ⊗ Do not travel outside of your community.
- ⊗ Avoid drinking alcohol while on medication and avoid cannabis and smoke while healing your lungs.



Tips for Home Isolation

- Do stay in touch with family and friends - use the phone or computer to talk with people. This can help a lot with loneliness.
- Do keep the same habits at home as before like eating and watching television with family members, etc. No need to be isolated in your room.
- Do wash as usual utensils, plates, clothes and bed linens you use.
- Do ask a family member or friend to get groceries or meals for you.
- Do go outside for short walks or rides if you feel strong enough. Many people feel better when they go outside for a short time. When you are outside, you do not need to wear a mask, but avoid close contact with other people (approximately 1 meter if you have to talk to someone).
- Do go to the clinic every weekday for your medication. It is the only way to heal your body from TB. Use a facemask when you are inside the clinic.

Length of Time for Home Isolation

The length of time for home isolation is different for each person. It depends on how you respond to treatment. It may be as short as two weeks or it may be longer. You may be asked to give sputum samples to determine when you are no longer infectious. When your sputum no longer contains the TB germs, your nurse will tell you that you can stop home isolation and go back to your regular activities.

You have read and signed an Information Form explaining your TB treatment.

Home isolation is part of your treatment plan.

It is required that you comply to your doctor's order.

If you have difficulties with home isolation, talk to the health team for support.



PROTECT YOUR COMMUNITY!

Adapted from the Toronto Public Health handout dated Dec. 2016

TB active

Prescription de la médication

TB active		
Déclaration MADO	1 ^{ère} diffusion	Mise à jour
Déclaration MADO 🔗		2013-03
Déclaration MADO – Version dynamique 🔗		2013-03
Annexe 4		
Annexe 4 🔗		2017-06-07
Identification des contacts d'un cas de TB active		
Procédure - Identification des contacts d'un cas de TB active 🔗		2019-01
Identification des contacts d'un cas de TB active 🔗		2019-11-25
Contrat d'engagement		
Procédure - Contrat d'engagement relatif au traitement obligatoire 🔗		2018-10-09
Contrat d'engagement relatif au traitement obligatoire 🔗		2018-10-09
Isolement à domicile		
Procédure – Isolement à domicile 🔗		2019-12-18
Isolement à domicile 🔗		2019-06-07
Prescriptions de la médication TB active		
--Chez l'adulte--		
Traitement TB active – Phase 1 - Adulte 🔗		2019-11-29
Traitement TB active – Phase 2 - Adulte 🔗		2019-11-29
--Chez l'enfant--		
Traitement TB active – Phase 1 - Enfant 🔗		2019-11-29
Traitement TB active – Phase 2 - Enfant 🔗		2019-11-29
Protocole de suivi TB active		
Protocole de suivi – TB active 🔗		2019-11-25
Enregistrement de la médication TB active		
Procédure - Enregistrement de la médication TB active 🔗		2019-04-09
Enregistrement de la médication TB active – Phase 1 🔗		2019-11-25
Enregistrement de la médication TB active – Phase 2 🔗		2019-11-25
Évaluation clinique mensuelle		
Procédure - Évaluation clinique mensuelle 🔗		2019-02-28
Évaluation clinique mensuelle 🔗		2019-02-28
Issue de traitement		
Issue de traitement 🔗		2018-11
Suivi clinico-radiologique		
Guide de suivi clinico-radiologique 🔗		2019-12-18
Évaluation clinique du suivi clinico-radiologique 🔗		2019-12-18

TB active

Prescription de la médication TB active – phase 1

PHASE 1 - ADULTE	PHASE 1 - ENFANT																														
<p>Programme de Tuberculose Prescription médicale</p> <p>TRAITEMENT TUBERCULOSE ACTIVE Phase initiale - ADULTE</p> <p>Allergies : <input type="checkbox"/> Nil ou Préciser : _____</p> <p><input type="checkbox"/> Grossesse: _____ semaines <input type="checkbox"/> Allaitement</p>	<p>Programme de Tuberculose Prescription médicale</p> <p>TRAITEMENT TUBERCULOSE ACTIVE Phase initiale - ENFANT</p> <p>Allergies : <input type="checkbox"/> Nil ou Préciser : _____</p>																														
<p>EMBOSSER ICI LA CARTE DU CSI ou CSTU SI NON DISPONIBLE, INSCRIRE LES PRENOM, NOM, DATE DE NAISSANCE ET NO. DOSSIER</p>	<p>EMBOSSER ICI LA CARTE DU CSI ou CSTU SI NON DISPONIBLE, INSCRIRE LES PRENOM, NOM, DATE DE NAISSANCE ET NO. DOSSIER</p>																														
<p>R_x ADULTE (15 ans et plus) Date de prescription: ____/____/____ AAAA-MM-JJ</p>	<p>Poids: ____ kg</p>																														
<p>PHASE INITIALE * (PHASE 1)</p> <p>1) Isoniazide (INH) 5 mg/kg (max. : 300 mg), soit : _____ mg PO die x 60 doses</p> <p>2) Rifampicine (RIF) 10 mg/kg (10-12 mg/kg) (max. : 600 mg), soit : _____ mg PO die x 60 doses</p> <p>3) Pyrazinamide (PZA) 20-25 mg/kg (max. : 2 g), soit : _____ mg PO die x 60 doses</p> <p>4) Ethambutol (EMB) 15-20 mg/kg (max. : 1,6 g), soit : _____ mg PO die x 60 doses</p> <p>5) Pyridoxine (vit. B6) 1 mg/kg (max. : 25 mg), soit : _____ mg PO die x 60 doses</p> <p>6) _____ mg PO die x 60 doses</p>	<p>À COMPLÉTER PAR LA PHARMACIE :</p> <p>_____ mg PO die x 60 doses</p>																														
<p>* Traitement en thérapie d'observation directe (TOD) 5x/semaine (lun-ven)</p> <p>Les doses omises devront être reprises avant le début de la phase de continuation (phase 2).</p>	<p>* Traitement en thérapie d'observation directe (TOD) 5x/semaine (lun-ven) et auto-administré (AA) 2x/semaine (sam-dim)</p> <p>Les doses omises devront être reprises avant le début de la phase de continuation (phase 2).</p>																														
<p>Signature du médecin _____</p> <p>Lettres mouillées _____ Licence # _____</p>	<p>Signature du médecin _____</p> <p>Lettres mouillées _____ Licence # _____</p>																														
<p>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 pharmacie mentionnée plus bas en est la seule destinataire. La pharmacie mentionnée plus bas en est la seule destinataire.</p> <p>Cocher le nom du village d'origine et la pharmacie concernée :</p> <table border="1"> <tr> <td colspan="3">Centre de santé Inuulitsivik</td> </tr> <tr> <td><input type="checkbox"/> Salluit 819 255-9090</td> <td><input type="checkbox"/> Inukjuak 819 254-9090</td> <td><input type="checkbox"/> Kangirsuk 819 935-9090</td> </tr> <tr> <td><input type="checkbox"/> Ivujivik 819 922-9090</td> <td><input type="checkbox"/> Umiujuaq 819 331-9090</td> <td><input type="checkbox"/> Kuujuaq 819 492-9090</td> </tr> <tr> <td><input type="checkbox"/> Akuliak 819 496-9090</td> <td><input type="checkbox"/> Kuujuaq 819 929-9090</td> <td><input type="checkbox"/> Aupaluk 819 491-9090</td> </tr> <tr> <td><input type="checkbox"/> Euvimatuq 819 988-9090</td> <td></td> <td></td> </tr> </table> <p><input type="checkbox"/> PHARMACIE INUULITSIVIK, PUVIRNITUQ Tél. : 819 988-2957 #283 /282 Fax : 819 888-2551 Courriel : pharmacie_pov@sss.gov.qc.ca</p> <p><input type="checkbox"/> PHARMACIE VOYER, MONTREAL Tél. : 1 877 428-0408 Télécopieur : 1 877 428-0548 Courriel : fpbx022@pharmaprix.ca</p> <p>Courriel : kuujuaq_pharmacy@sss.gov.qc.ca</p>	Centre de santé Inuulitsivik			<input type="checkbox"/> Salluit 819 255-9090	<input type="checkbox"/> Inukjuak 819 254-9090	<input type="checkbox"/> Kangirsuk 819 935-9090	<input type="checkbox"/> Ivujivik 819 922-9090	<input type="checkbox"/> Umiujuaq 819 331-9090	<input type="checkbox"/> Kuujuaq 819 492-9090	<input type="checkbox"/> Akuliak 819 496-9090	<input type="checkbox"/> Kuujuaq 819 929-9090	<input type="checkbox"/> Aupaluk 819 491-9090	<input type="checkbox"/> Euvimatuq 819 988-9090			<p>J'atteste que cette prescription, transmise par télécopieur ou courriel, sera considérée comme étant valide et l'unique originale. Le destinataire. La prescription ne sera pas réutilisée ou dupliquée.</p> <p>d'origine et la pharmacie concernée :</p> <table border="1"> <tr> <td colspan="3">Centre de santé Tulattavik de l'Ungava</td> </tr> <tr> <td><input type="checkbox"/> 9090 <input type="checkbox"/> Kangiqsuajuaq 819 337-9090</td> <td><input type="checkbox"/> Kangirsuk 819 935-9090</td> <td></td> </tr> <tr> <td><input type="checkbox"/> 9090 <input type="checkbox"/> Kuujuaq 819 964-2905</td> <td><input type="checkbox"/> Quaqtaq 819 492-9090</td> <td></td> </tr> <tr> <td><input type="checkbox"/> 9090 <input type="checkbox"/> Aupaluk 819 491-9090</td> <td><input type="checkbox"/> Kangiqsuajuaq 819 338-9090</td> <td></td> </tr> <tr> <td></td> <td><input type="checkbox"/> Tasujuaq 819 633-9090</td> <td></td> </tr> </table> <p><input type="checkbox"/> PHARMACIE TULATTAVIK, KUJUAQ Tél. : 819 964-2905 # 201/277 Fax : 819 964-0035 Courriel : kuujuaq_pharmacy@sss.gov.qc.ca</p> <p>Tél. : 1 877 428-0408 Télécopieur : 1 877 428-0548 Courriel : fpbx022@pharmaprix.ca</p>	Centre de santé Tulattavik de l'Ungava			<input type="checkbox"/> 9090 <input type="checkbox"/> Kangiqsuajuaq 819 337-9090	<input type="checkbox"/> Kangirsuk 819 935-9090		<input type="checkbox"/> 9090 <input type="checkbox"/> Kuujuaq 819 964-2905	<input type="checkbox"/> Quaqtaq 819 492-9090		<input type="checkbox"/> 9090 <input type="checkbox"/> Aupaluk 819 491-9090	<input type="checkbox"/> Kangiqsuajuaq 819 338-9090			<input type="checkbox"/> Tasujuaq 819 633-9090	
Centre de santé Inuulitsivik																															
<input type="checkbox"/> Salluit 819 255-9090	<input type="checkbox"/> Inukjuak 819 254-9090	<input type="checkbox"/> Kangirsuk 819 935-9090																													
<input type="checkbox"/> Ivujivik 819 922-9090	<input type="checkbox"/> Umiujuaq 819 331-9090	<input type="checkbox"/> Kuujuaq 819 492-9090																													
<input type="checkbox"/> Akuliak 819 496-9090	<input type="checkbox"/> Kuujuaq 819 929-9090	<input type="checkbox"/> Aupaluk 819 491-9090																													
<input type="checkbox"/> Euvimatuq 819 988-9090																															
Centre de santé Tulattavik de l'Ungava																															
<input type="checkbox"/> 9090 <input type="checkbox"/> Kangiqsuajuaq 819 337-9090	<input type="checkbox"/> Kangirsuk 819 935-9090																														
<input type="checkbox"/> 9090 <input type="checkbox"/> Kuujuaq 819 964-2905	<input type="checkbox"/> Quaqtaq 819 492-9090																														
<input type="checkbox"/> 9090 <input type="checkbox"/> Aupaluk 819 491-9090	<input type="checkbox"/> Kangiqsuajuaq 819 338-9090																														
	<input type="checkbox"/> Tasujuaq 819 633-9090																														

- ◆ Même antituberculeux
- ◆ Dosages différents

- ◆ TOD die lun-ven
- ◆ AA sam-dim

- ◆ 2 mois (soit 60 doses)

- ◆ Les doses omises devront être reprises avant le début de la phase 2 !

TB active

Prescription de la médication TB active – phase 2

PHASE 2 - ADULTE

PHASE 2 - ENFANT

<p>Programme de Tuberculose Prescription médicale</p> <p>TRAITEMENT TUBERCULOSE ACTIVE Phase de continuation - ADULTE</p> <p>Allergies : <input type="checkbox"/> Nil ou Préciser : _____</p> <p><input type="checkbox"/> Grossesse: _____ semaines <input type="checkbox"/> Allaitement</p>		<p>EMBOSSER ICI LA CARTE DU CSI ou CSTU SI NON DISPONIBLE, INSCRIRE LES PRENOM, NOM, DATE DE NAISSANCE ET NO. DOSSIER</p>													
<p>R_x ADULTE (15 ans et plus) Date de prescription: _____ / _____ / _____ AAAA-MM-JJ</p>		<p>Poids: _____ kg</p>													
<p>PHASE DE CONTINUATION* (PHASE 2)</p> <p>1) Isoniazide (INH) 10 mg/kg (max. : 600 mg), soit : _____</p> <p>2) Rifampicine (RIF) 10 mg/kg (10-12 mg/kg) (max. : 600 mg), soit : _____</p> <p>3) Pyridoxine (vit. B6) 2 mg/kg (max. : 50 mg), soit : _____</p> <p>4) _____, soit : _____</p>		<p>Régime standard:</p> <ul style="list-style-type: none"> ◆ TOD 3x/sem ◆ Lun-mer-ven 													
<p>* 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 doses)</p> <p>TOD à débuter <u>après la prise des 60 doses</u> de la phase initiale débutée le : _____ / _____ / _____ AAAA/MM/JJ</p>		<p>* Traitement en thérapie d'observation directe (TOD) 3x/semaine 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 doses)</p> <p>TOD à débuter <u>après la prise des 60 doses</u> de la phase initiale débutée le : _____ / _____ / _____ AAAA/MM/JJ</p>													
<p>Signature du médecin : _____</p> <p>Lettres mouillées _____ Licence # _____</p>		<p>Signature du médecin : _____</p> <p>_____ Licence # _____</p>													
<p>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 pharmacie mentionnée plus bas en est la seule destinataire. La prescription ne sera pas réutilisée ou dupliquée.</p> <p>Cocher le nom du village d'origine et la pharmacie concernée :</p>		<p>Centre de santé Inuulitsivik de l'Ungava</p> <table border="1"> <tr> <td><input type="checkbox"/> Salluit 819 255-9090</td> <td><input type="checkbox"/> Inukjuak 819 254-9090</td> <td><input type="checkbox"/> Kangirsuk 819 935-9090</td> </tr> <tr> <td><input type="checkbox"/> Ivujivik 819 922-9090</td> <td><input type="checkbox"/> Umiujuaq 819 331-9090</td> <td><input type="checkbox"/> Kuujuaq 819 492-9090</td> </tr> <tr> <td><input type="checkbox"/> Akulivik 819 496-9090</td> <td><input type="checkbox"/> Kuujuaqsok 819 929-9090</td> <td><input type="checkbox"/> Aupaluk 819 491-9090</td> </tr> <tr> <td><input type="checkbox"/> Euvimavik 819 988-9090</td> <td></td> <td><input type="checkbox"/> Tasujuaq 819 633-9090</td> </tr> </table>		<input type="checkbox"/> Salluit 819 255-9090	<input type="checkbox"/> Inukjuak 819 254-9090	<input type="checkbox"/> Kangirsuk 819 935-9090	<input type="checkbox"/> Ivujivik 819 922-9090	<input type="checkbox"/> Umiujuaq 819 331-9090	<input type="checkbox"/> Kuujuaq 819 492-9090	<input type="checkbox"/> Akulivik 819 496-9090	<input type="checkbox"/> Kuujuaqsok 819 929-9090	<input type="checkbox"/> Aupaluk 819 491-9090	<input type="checkbox"/> Euvimavik 819 988-9090		<input type="checkbox"/> Tasujuaq 819 633-9090
<input type="checkbox"/> Salluit 819 255-9090	<input type="checkbox"/> Inukjuak 819 254-9090	<input type="checkbox"/> Kangirsuk 819 935-9090													
<input type="checkbox"/> Ivujivik 819 922-9090	<input type="checkbox"/> Umiujuaq 819 331-9090	<input type="checkbox"/> Kuujuaq 819 492-9090													
<input type="checkbox"/> Akulivik 819 496-9090	<input type="checkbox"/> Kuujuaqsok 819 929-9090	<input type="checkbox"/> Aupaluk 819 491-9090													
<input type="checkbox"/> Euvimavik 819 988-9090		<input type="checkbox"/> Tasujuaq 819 633-9090													
<p><input type="checkbox"/> PHARMACIE INUULITSIVIK, PUVIRNITUQ Tél. : 819 988-2857 #283 /202 Fax : 819 988-2551 Courriel : pharmacie_pov@sss.gouv.qc.ca</p> <p><input type="checkbox"/> PHARMACIE VOYER, MONTREAL Tél. : 1 877 428-0406 Télécopieur : 1 877 428-0546 Courriel : fpbx022@pharmaprix.ca</p>		<p><input type="checkbox"/> PHARMACIE TULATTAVIK, KUJUAQ Tél. : 819 964-2905 # 201/277 Fax : 819 964-0035 Courriel : kujuaq_pharmacy@sss.gouv.qc.ca</p> <p><input type="checkbox"/> PHARMACIE VOYER, MONTREAL Tél. : 1 877 428-0406 Télécopieur : 1 877 428-0546 Courriel : fpbx022@pharmaprix.ca</p>													

TB active

Prescription de la médication TB active – phase 2

- ◆ En cas de dose manquée:

LUN	MAR	MER	JEU	VEN	SAM	DIM
✓		✓		✓		
LUN	MAR	MER	JEU	VEN	SAM	DIM
✓		✓		☹		

- ◆ Doit rester exceptionnel !
- ◆ Si situation fréquente, surveiller fonction hépatique ++ et/ou considérer un retour à un régime die.

TB active

Nouveau cas

TB active		
Déclaration MADO	1 ^{ère} diffusion	Mise à jour
Déclaration MADO 🔗		2013-03
Déclaration MADO – Version dynamique 🔗		2013-03
Annexe 4		
Annexe 4 🔗		2017-06-07
Identification des contacts d'un cas de TB active		
Procédure - Identification des contacts d'un cas de TB active 🔗		2019-01
Identification des contacts d'un cas de TB active 🔗		2019-11-25
Contrat d'engagement		
Procédure - Contrat d'engagement relatif au traitement obligatoire 🔗		2018-10-09
Contrat d'engagement relatif au traitement obligatoire 🔗		2018-10-09
Isolement à domicile		
Procédure – Isolement à domicile 🔗		2019-12-18
Isolement à domicile 🔗		2019-06-07
Prescriptions de la médication TB active		
--Chez l'adulte--		
Traitement TB active – Phase 1 - Adulte 🔗		2019-11-29
Traitement TB active – Phase 2 - Adulte 🔗		2019-11-29
--Chez l'enfant--		
Traitement TB active – Phase 1 - Enfant 🔗		2019-11-29
Traitement TB active – Phase 2 - Enfant 🔗		2019-11-29
Protocole de suivi TB active		
Protocole de suivi – TB active 🔗		2019-11-25
Enregistrement de la médication TB active		
Procédure - Enregistrement de la médication TB active 🔗		2019-04-09
Enregistrement de la médication TB active – Phase 1 🔗		2019-11-25
Enregistrement de la médication TB active – Phase 2 🔗		2019-11-25
Évaluation clinique mensuelle		
Procédure - Évaluation clinique mensuelle 🔗		2019-02-28
Évaluation clinique mensuelle 🔗		2019-02-28
Issue de traitement		
Issue de traitement 🔗		2018-11
Suivi clinico-radiologique		
Guide de suivi clinico-radiologique 🔗		2019-12-18
Évaluation clinique du suivi clinico-radiologique 🔗		2019-12-18

TB active

Protocole de suivi – p.2

À L'USAGE DU DÉCLARANT

DECLARATION D'UNE MALADIE/INFECTION/INTOXICATION À DÉCLARATION OBLIGATOIRE (MADO) SELON LA LOI SUR LA SANTÉ PUBLIQUE

Voir la liste au verso

Identification de la MADO

Nom de la MADO: _____ Date du début de la MADO: _____ Année: _____ Mois: _____ Jour: _____

Prélèvement soumis au laboratoire: Oui Non Si oui: _____

Pour une MADO transmissible par le sang, les produits sanguins, les organes ou les tissus: Voir la NOTE au verso

Ce patient a-t-il donné du sang? Oui Non Ne sais pas

Ce patient a-t-il reçu du sang ou des produits sanguins? Oui Non Ne sais pas

Ce patient a-t-il donné des organes ou des tissus? Oui Non Ne sais pas

Ce patient a-t-il reçu des organes ou des tissus? Oui Non Ne sais pas

Pour une déclaration d'un cas de syphilis:

Primaire Latente (moins de 1 an) Tertiaire Autres formes (préciser) _____

Secondaire Latente (plus de 1 an) Congénitale _____

Nom du déclarant (en lettres majuscules) _____ N° de permis _____ N° de téléphone _____

Adresse (N°, rue) _____ Ville _____ Code postal _____

Signature du déclarant _____ Date _____ Année: _____ Mois: _____ Jour: _____

Ce formulaire ainsi que les coordonnées pour rejoindre les directions de santé publique de toutes les régions peuvent être trouvés sur le site Internet : www.mss.gouv.qc.ca

Ministère de la Santé et des Services sociaux AS-170 (7/06/09) (p. 2) 3013-03

A TRANSMETTRE AU DIRECTEUR DE SANTÉ PUBLIQUE DE VOTRE TERRITOIRE

Centre de Santé et Services Sociaux Inuitsivik
Inuitsivik Health & Social Services Centre
Pavillon, Québec J0M 1P0
T 819 988-2187 / F 819 988-2796

ᐃᓕᓕᓐ ᐅᓕᓕᓐ ᐅᓕᓕᓐ ᐅᓕᓕᓐ
LUNGAVA TULATTAVIK HEALTH CENTER
CENTRE DE SANTÉ TULATTAVIK DE LUNGAVA

TUBERCULOSE ACTIVE ADULTE ET PÉDIATRIQUE PROTOCOLE DE SUIVI - ORDONNANCE MÉDICALE STANDARD

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

Temps	Suivi	Interventions et Investigations	Date et signature
Pré-traitement Temps 0 AA/ MM/ JJ	MD	<ul style="list-style-type: none"> <input checked="" type="checkbox"/> Indiquer résultat du dernier TCT : _____ mm. Date : ____/____/____ <input checked="" type="checkbox"/> Compléter le formulaire de déclaration MADO et transmettre à la DRSP DETECT TB-DÉCLAR-MADO ASS-70 <input checked="" type="checkbox"/> Prescrire type d'isolement respiratoire : <ul style="list-style-type: none"> <input type="checkbox"/> Isolement à domicile ET traitement dix (10) jours dûment complété (à envisager selon : évaluation médicale, conditions environnementales appropriées et consultation avec la santé publique) OU <input type="checkbox"/> Hospitalisation en isolement respiratoire : transfert selon le protocole « Guide de triage par Genexpert ». <input checked="" type="checkbox"/> Prescrire : <ul style="list-style-type: none"> <input type="checkbox"/> Recherche de BK par expectoration provoquée, sauf si contre-indiqué : GeneXpert (PCR) X1 et BK X 3 <input type="checkbox"/> FSC, bilan hépatique, Créat., Hep BsAg, anti-HCV, _____ <input type="checkbox"/> VIH² (consentement verbal) <input type="checkbox"/> Syphilis³ <input type="checkbox"/> BHCG sanguin PRN <input type="checkbox"/> Examen ophtalmique au temps 0, 1 et 2 mois et si Ethambutol > 2 mois. 	Signature AA/ MM/ JJ
	Inf.	<ul style="list-style-type: none"> <input type="checkbox"/> S'assurer que les mesures de protection individuelle /d'isolement sont en place <input type="checkbox"/> Si hospitalisation, procéder aux mesures de transfert aérien vers le centre hospitalier concerné selon les recommandations médicales <input type="checkbox"/> Si isolement à domicile pour 14 jours TB ACT/ISOL-DOM <input type="checkbox"/> Enseignement à la clientèle. Dépliants : TB ACT/FICHE PT-4THÉRAPIE, TB ACT/FICHE PT-INFO-TB-AC) <input type="checkbox"/> Vérifier si contacts à priorité élevée dans son entourage TB ACT- IDENT-CONTACTS <input type="checkbox"/> Effectuer prélèvements tel que prescrits plus haut par MD <input type="checkbox"/> Examen ophtalmique incluant : <ul style="list-style-type: none"> <input type="checkbox"/> Test de l'acuité visuelle : Échelle de Snellen (pas chez le nourrisson)* <input type="checkbox"/> Test de la perception des couleurs : Test d'Ishihara* <p>*Inscrire au formulaire TB ACT/ITL- EVAL CLIN MENS</p>	Signature AA/ MM/ JJ

Signature du MD : _____ N° permis : _____ Date : ____/____/____
AAAA / MM / JJ

¹ Condition: Hospitalisation recommandée pour tous les cas de TB pulmonaire à frottis + ou avec lésion(s) cavitaire(s)
² Le VIH est le facteur de risque le plus important associé à la progression de la maladie.
³ Offrir dépistage de la syphilis chez les 14 ans et plus dû à l'épidémiologie de la région. Référer les résultats pour suivi équipe ITSS.

TB active

Protocole de suivi – p.2

Home Isolation for Tuberculosis (TB)



PROTONS DE LA
TUBERCULOSE (TB)
ressource éducative



- ⊗ Do not go to work.
- ⊗ Do not go to public places like school, community center, grocery stores, church, indoor sports or hobby facilities, etc.
- ⊗ Do not attend social events like birthday party, wedding, music festival, family reunion, funeral service, etc.
- ⊗ Do not travel outside of your community.
- ⊗ Avoid drinking alcohol while on medication and avoid cannabis and smoke while healing your lungs.

Centre de Santé et Services Sociaux Inuitivik
Inuitivik Health & Social Services Centre
Pavillon, Québec J0M 1P0
T 819 908-2957 / F 819 908-2790

ᐅᑦᑦᑦ ᐅᑦᑦᑦ ᐅᑦᑦᑦ
LINGAVA TULATTAVIK HEALTH CENTER
CENTRE DE SANTÉ TULATTAVIK DE L'UNGAVA

TUBERCULOSE ACTIVE ADULTE ET PÉDIATRIQUE PROTOCOLE DE SUIVI - ORDONNANCE MÉDICALE STANDARD

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

Temps	Suivi	Interventions et Investigations	Date et signature
Pré- traitement Temps 0 AA/ MM/ JJ	MD	<input type="checkbox"/> Indiquer résultat du dernier TCT : _____ mm. Date : ____/____/____ <input type="checkbox"/> Compléter le formulaire de déclaration MADO et transmettre à la DRSP DÉTECT TB-DÉCLAR-MADO ASS-70 <input type="checkbox"/> Prescrire type d'isolement respiratoire : ○ Isolement à domicile ET traitement die X 14 jours dûment complété (à envisager selon : évaluation médicale, conditions environnantes appropriées et consultation avec la santé publique ¹) OU ○ Hospitalisation en isolement respiratoire : transfert selon le protocole « Guide de triage par Genexpert ». <input type="checkbox"/> Prescrire : ○ Recherche de BK par expectoration provoquée, sauf si contre-indiqué : GeneXpert (PCR) X1 et BK X 3 ○ FSC, bilan hépatique, Créat., Hep BsAg, anti-HCV, _____ ○ VIH ² (consentement verbal) ○ Syphilis ³ ○ BHCG sanguin PRN ○ Examen ophtalmique au temps 0, 1 et 2 mois et si Ethambutol > 2 mois.	Signature AA/ MM/ JJ
	Inf.	<input checked="" type="checkbox"/> S'assurer que les mesures de protection individuelle /d'isolement sont en place <input checked="" type="checkbox"/> Si hospitalisation, procéder aux mesures de transfert aérien vers le centre hospitalier concerné selon les recommandations médicales <input checked="" type="checkbox"/> Si isolement à domicile pour 14 jours TB ACT/SOL-DOM <input checked="" type="checkbox"/> Enseignement à la clientèle. Dépliants : TB ACT/FICHE PT-4THÉRAPIE, TB ACT/FICHE PT-INFO-TB-AC) <input checked="" type="checkbox"/> Vérifier si contacts à priorité élevée dans son entourage TB ACT- IDENT-CONTACTS <input checked="" type="checkbox"/> Effectuer prélèvements tel que prescrits plus haut par MD <input type="checkbox"/> Examen ophtalmique incluant : ○ Test de l'acuité visuelle : Échelle de Snellen (pas chez le nourrisson)* ○ Test de la perception des couleurs : Test d'Ishihara* *Inscrire au formulaire TB ACT/TL-EVAL CLIN MENS	Signature AA/ MM/ JJ

Signature du MD : _____ N° permis : _____ Date : ____/____/____
AAAA / MM / JJ

¹ Condition: Hospitalisation recommandée pour tous les cas de TB pulmonaire à frottis + ou avec lésion(s) cavitaire(s)

² Le VIH est le facteur de risque le plus important associé à la progression de la maladie.

³ Offrir dépistage de la syphilis chez les 14 ans et plus dû à l'épidémiologie de la région. Référer les résultats pour suivi équipe ITSS.

TB active

Protocole de suivi – p.3

ANNEXE 4 Questionnaire d'enquête de tuberculose

N° de dossier MADO : _____

Nom : _____ Prénom : _____

Sexe : F M Âge : _____ DDN: (aa) (mm) (jj)

Centre de Santé et Services Sociaux Inuits/Inuit Health & Social Services Centre

IDENTIFICATION

PARLONS DE LA TUBERCULOSE (TB)
Une ressource éducative

Signature de l'infirmière qui effectue l'entrevue : _____ Date : ____/____/____

Cas extrapulmonaires (au moment du diagnostic)

Adresse : _____

No Type de rue Rue Direction App. Municipalité Code postal

Raison pour donner une seconde adresse :
 Chalet Maison d'amis Maison du conjoint Maison d'un parent Autre:

N. B. : Les sections en gris pâle sont les informations nécessaires pour le fichier central des MADO et les formulaires de l'ASPC.
 Les sections en gris plus pâle sont les informations nécessaires pour les formulaires de l'ASPC.

Remettre une copie à l'utilisateur et acheminer une copie par télécopieur confidentiel à la Direction de santé publique au 1 866-867-8026.

Centre de Santé et Services Sociaux Inuits/Inuit Health & Social Services Centre
 Nunavut, Québec, J0N 1P0
 T 819 958-2057 / F 819 958-2706

ᐅᓄᓐᓄ ᐅᓄᓐᓄ ᐅᓄᓐᓄ ᐅᓄᓐᓄ
 UNGAVA TULATTAVIYK HEALTH CENTER
 CENTRE DE SANTÉ TULATTAVIK DE L'UNGAVA

**TUBERCULOSE ACTIVE
 ADULTE ET PÉDIATRIQUE
 PROTOCOLE DE SUIVI - ORDONNANCE
 MÉDICALE STANDARD**

EMBOSSER ICI LA CARTE DU CSI OU CSTU.
 SI NON DISPONIBLE, INSCRIRE LES NOM, PRÉNOM,
 DATE DE NAISSANCE ET NUMÉRO DOSSIER.
 EMBOSSE HERE THE CARD OF IHC OR UTHC.
 IF NOT AVAILABLE, WRITE THE NAME, SURNAME,
 DATE OF BIRTH AND FILE NUMBER.

Temps	Suivi	Interventions et Investigations	Date et signature
Hospitalisation Ou Isolement à domicile	MD	<input type="checkbox"/> Vérifier si : 1. TB active antérieure : <input type="checkbox"/> Oui <input type="checkbox"/> Non 2. Hépatite secondaire à antituberculeux antérieure : <input type="checkbox"/> Oui <input type="checkbox"/> Non <input type="checkbox"/> SI OUI, (1 ou 2) consulter resp-north@mcgill.ca (adulte) ou mcchtb@muhc.mcgill.ca (enfant) <input type="checkbox"/> SI NON, (1 et 2) débiter trithérapie ou quadrithérapie, phase initiale TB ACT-PRESC-MÉD-Adulte-Phase 1 ou CAS TB-PRESC-MÉD-Enfant-Phase 1 <input type="checkbox"/> Prescrire RXP fin du 2e mois et 5e mois de traitement <input type="checkbox"/> Vérifier avec pharmacien si interactions médicamenteuses (ex. : Dilantin) <input type="checkbox"/> Counseling contraception si contraceptifs oraux → Privilégier Dépo-Provera, Mirena ou condom	Signature AA/ MM/ JJ
	Inf.	<input checked="" type="checkbox"/> S'assurer de la conformité et du respect des mesures de PCI incluant les mesures d'isolement <input checked="" type="checkbox"/> Vérifier si BK X 3 complétés avant début de traitement <input checked="" type="checkbox"/> Cas à frottis positif , faire BK x 3 Q semaine ad négatif x 3 consécutifs (peuvent être faits la même semaine après le premier négatif) <input checked="" type="checkbox"/> Enseignement à la clientèle (maladie, plan de traitement, effets secondaires et suivis requis) <input checked="" type="checkbox"/> Faire signer le document TB ACTIVE- INFORMATION SUR LE TRAITEMENT OBLIGATOIRE TB ACT-MATO <input checked="" type="checkbox"/> Compléter le questionnaire d'enquête épidémiologique : TB ACT_ANNEXE 4 <input checked="" type="checkbox"/> Débiter le questionnaire Identification des contacts d'un cas de TB active TB ACT_IDENT-CONTACTS	Signature AA/ MM/ JJ
Si hospitalisation	MD	<input type="checkbox"/> Déterminer le congé d'hôpital avec la santé publique et/ou spécialiste selon les instructions suivantes : <input type="checkbox"/> Si PCR GeneXpert positif ET frottis de départ positif(s) : 3 frottis prélevés Q semaine et congé après 14 jours de traitement une fois que 3 frottis consécutifs négatifs <input type="checkbox"/> Si PCR GeneXpert positif/négatif ET 3 frottis de départ négatifs : o Congé après 14 jours de traitement complété OU o Congé précoce, mais isolement à domicile jusqu'à concurrence d'un traitement die X 14 jours dûment complété (basé sur évaluation médicale, conditions environnementales appropriées et consultation avec la santé publique ⁴) <input type="checkbox"/> Faire suivre une copie du sommaire d'hospitalisation au MD et l'infirmière qui feront le suivi en externe.	Signature AA/ MM/ JJ

Signature du MD : _____ N° permis : _____ Date : ____/____/____
 AAAA / MM / JJ

⁴ Condition : Hospitalisation recommandée pour tous les cas de TB active à frottis positif et/ou avec lésion(s) cavitaire(s)

TB active

Protocole de suivi – p.3

Critères de congé :

- Réponse clinique favorable (obtention d'une série de 3 frottis négatifs, rxp, reprise de poids)
- Tolérance aux antituberculeux
- Patient coopératif ayant une bonne observance.

Centre de Santé et Services Sociaux Inuvialvik Inuvialvik Health & Social Services Centre Inuvik, Québec J0M 1P0 T 819 908-2957 / F 819 908-2796		ᐅᑦᐱᑦ ᑕᓪᓴᐱᑦ ᓄᓄᑦᑕᓄᓄᑦ UNGAVA TULATIYIK HEALTH CENTER CENTRE DE SANTÉ TULATTAYIK DE UNGAVA	
TUBERCULOSE ACTIVE ADULTE ET PÉDIATRIQUE PROTOCOLE DE SUIVI - ORDONNANCE MÉDICALE STANDARD			
<small>EMBOSSER ICI LA CARTE DU CSI OU CSTU SI NON DISPONIBLE, INSCRIRE LES NOM, PRÉNOM, DATE DE NAISSANCE ET NUMÉRO DOSSIER EMBOS HERE THE CARD OF INC OR UTHC, IF NOT AVAILABLE, WRITE THE NAME, SURNAME, DATE OF BIRTH AND FILE NUMBER</small>			
Temps	Suivi	Interventions et Investigations	Date et signature
Hospitalisation Ou Isolement à domicile	MD	<input type="checkbox"/> Vérifier si : 1. TB active antérieure : <input type="checkbox"/> Oui <input type="checkbox"/> Non 2. Hépatite secondaire à antituberculeux antérieure : <input type="checkbox"/> Oui <input type="checkbox"/> Non <input type="checkbox"/> SI OUI , (1 ou 2) consulter resp-north@mcgill.ca (adulte) ou mchtc@muhc.mcgill.ca (enfant) <input type="checkbox"/> SI NON , (1 et 2) débiter trithérapie ou quadrithérapie, phase initiale TB ACT-PRESC-MÉD-Adulte-Phase 1 ou CAS TB-PRESC-MÉD-Enfant-Phase 1 <input type="checkbox"/> Prescrire RXP fin du 2e mois et 5e mois de traitement <input type="checkbox"/> Vérifier avec pharmacien si interactions médicamenteuses (ex. : Dilantin) <input type="checkbox"/> Counseling contraception si contraceptifs oraux → Privilégier Dépo-Provera, Mirena ou condom	Signature AA/ MM/ JJ
		<input type="checkbox"/> S'assurer de la conformité et du respect des mesures de PCI incluant les mesures d'isolement <input type="checkbox"/> Vérifier si BK X 3 complétés avant début de traitement <input type="checkbox"/> Cas à frottis positif , faire BK x 3 Q semaine ad négatif x 3 consécutifs (peuvent être faits la même semaine après le premier négatif) <input type="checkbox"/> Enseignement à la clientèle (maladie, plan de traitement, effets secondaires et suivis requis) <input type="checkbox"/> Faire signer le document TB ACTIVE- INFORMATION SUR LE TRAITEMENT OBLIGATOIRE TB ACT-MATO <input type="checkbox"/> Compléter le questionnaire d'enquête épidémiologique : TB ACT_ANNEXE 4 <input type="checkbox"/> Débiter le questionnaire Identification des contacts d'un cas de TB active TB ACT_IDENT-CONTACTS	Signature AA/ MM/ JJ
1 ^{er} jour de tx / Date du début du Tx AA/ MM/ JJ	Inf.	<input checked="" type="checkbox"/> Déterminer le congé d'hôpital avec la santé publique et/ou spécialiste selon les instructions suivantes : <input type="checkbox"/> Si PCR GeneXpert positif ET frottis de départ positif(s) : 3 frottis prélevés Q semaine et congé après 14 jours de traitement une fois que 3 frottis consécutifs négatifs <input type="checkbox"/> Si PCR GeneXpert positif/négatif ET 3 frottis de départ négatifs : <input type="checkbox"/> Congé après 14 jours de traitement complété OU <input type="checkbox"/> Congé précoce, mais isolement à domicile jusqu'à concurrence d'un traitement die X 14 jours dûment complété (basé sur évaluation médicale, conditions environnementales appropriées et consultation avec la santé publique ⁴) <input checked="" type="checkbox"/> Faire suivre une copie du sommaire d'hospitalisation au MD et l'infirmière qui feront le suivi en externe.	Signature AA/ MM/ JJ
Si hospitalisation	MD		
Signature du MD : _____		N° permis : _____	Date : ____/____/____ AA/ MM/ JJ

⁴ Condition : Hospitalisation recommandée pour tous les cas de TB active à frottis positif et/ou avec lésion(s) cavitaire(s)

TB active

Protocole de suivi – p.4



IDENTIFICATION

EMBOSSER ICI LA CARTE DU CSI OU CSTU

Programme de Tuberculose
Prescription médicale



IDENTIFICATION



Canada

Date du 1^{er} frottis négatif d'une série de 3 négatifs (si frottis positif au départ, sinon date de la 14^e journée de traitement)

Signature de l'infirmière qui effectue l'entrevue : _____ Date : ____/____/____

PHARMACIE TULATTAVIK, KUULJUUAQ
Tél. : 819 864-2905 # 201/277
Fax : 819 964-0335
Courriel : tulattavik.pharmacy@ssss.gouv.qc.ca

PHARMACIE VOYER, MONTREAL
Tél. : 1 877 426-0496
Télécopieur : 1 877 426-0546
Courriel : spbs022@pharmaprix.ca



TUBERCULOSE ACTIVE ADULTE ET PÉDIATRIQUE PROTOCOLE DE SUIVI - ORDONNANCE MÉDICALE STANDARD

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 INC OR UTHC
IF NOT AVAILABLE, WRITE THE NAME, SURNAME,
DATE OF BIRTH AND FILE NUMBER

Temps	Suivi	Interventions et Investigations	Date et signature
Retour dans la communauté	MD/Inf. du village	<input checked="" type="checkbox"/> S'assurer du transfert du dossier au village <input checked="" type="checkbox"/> S'assurer que la pharmacie reçoive la prescription pour les phases 1 et 2 du traitement <input checked="" type="checkbox"/> Planifier les différentes dates de suivis infirmier et médical prévues dans la présente ordonnance <input checked="" type="checkbox"/> Organiser la TOD en partenariat avec les travailleurs locaux de la santé – Tenir compte des doses reçues lors de l'hospitalisation. TB ACT-ENREG-MED-Phase 1 <input checked="" type="checkbox"/> Enseignement à la clientèle du plan de traitement. Si non fait, lecture et signature du document Tb Active- Information Sur Le Traitement Obligatoire TB ACT-MATO <input checked="" type="checkbox"/> Réviser et compléter avec le patient le questionnaire Identification des contacts d'un cas de TB active TB ACT_IDENT-CONTACTS	Signature MD Signature AA/ MM/ JJ
Fin du 1 ^{er} mois de Tx	Inf.	<input type="checkbox"/> Suivi mensuel régulier : Si anormal, aviser le médecin a. Suivi de la médication et soutien au client TB ACT-ENREG-MED-Phase 1 b. Évaluation clinique mensuelle TB ACT-EVAL-CLIN-MENS c. Sur prescription médicale, bilan hépatique, Créat., FSC (adulte et enfant)	Signature AA/ MM/ JJ
Fin du 2 ^e mois de Tx	MD	Enfants et adultes avec TB probable (non confirmée par laboratoire) : <input type="checkbox"/> Diagnostic de TB probable maintenu d'emblée (poursuivre traitement), puis : <input type="checkbox"/> Discuter si le diagnostic de TB active est maintenu ou révoqué avec le spécialiste resp-north@mcgill.ca (adulte) ou mchtb@muhc.mcgill.ca (enfant). Au préalable : <input type="checkbox"/> Vérifier tous les résultats de TB bactériol ad ce jour (GeneXpert, frottis, cultures) <input type="checkbox"/> Vérifier réponse clinique <input type="checkbox"/> Vérifier résultat RXP 2 ^e mois <input type="checkbox"/> Vérifier l'observance à la médication <input type="checkbox"/> Chez l'enfant de > 6 mois, discuter de la pertinence de répéter TCT avec le médecin de santé publique. <input type="checkbox"/> Si le diagnostic de TB probable est maintenu et que la souche du cas source présumé est sensible à tout <input type="checkbox"/> Cesser EMB (si patient sous EMB)	Signature AA/ MM/ JJ

Signature du MD : _____ N° permis : _____ Date : ____/____/____
AAAA / MM / JJ

TB active

Protocole de suivi – p.4

ENREGISTREMENT DE LA MÉDICAMENTATION – TB ACTIVE
PHASE INITIALE (PHASE 1) = Durée de 2 mois

Date du début de la phase initiale: _____ Date de fin de la phase initiale: _____
 Thérapie sous observation directe (TOD) 5 fois semaine et auto-administré (AA) 2 fois semaine

IDENTIFICATION
 EMBOSSER ICI LA CARTE DU CSI OU CSTU
 SI NON DISPONIBLE, INSCRIRE LES NOM, PRÉNOM,
 DATE DE NAISSANCE ET NUMÉRO DOSSIER.

Durée du traitement prescrit et nombre de doses à donner
 = 2 mois = 60 doses

Inscrire le mois / Inscrire les dates du calendrier

Jours semaine	L	M	M	J	V	S	D	L	M	M	J	V	S	D	L	M	M	J	V	S	D	L	M	M	J	V	S
Isoniazide (INH)																											
Rifampicine (RIF)																											
Pyrazinamide (PZA)																											
Ethambutol (EMB)																											
Vitamine B ₆																											

Autre, préciser: _____
 Nombre de doses* observées: _____

* Si hospitalisation ou non, inscrire la date de la première dose prise ou la date reconnue comme étant le début du traitement optimal, si différent.
 † Incrire la date qui correspond à la prise de la 60^e dose.
 ‡ Si hospitalisation, indiquer les doses prises durant l'hospitalisation dans le décompte cumulé du nombre de doses.
 †† Incrire une initiale dans chacune des cases où les médicaments sont administrés en TOD: 5 jours par semaine du lundi au vendredi.
 ††† Incrire AA dans les cases où les médicaments sont auto-administrés, les fins de semaines ou lors de situations particulières.
 †††† Incrire SB dans les cases où la dose prévue n'a pas été prise (TOD non administrée ou AA reconnue omise). NOTE: les doses omises doivent être reprises avant le début de la phase 2.
 * Signature et # permis: _____ Initiales: _____

EVALUATION CLINIQUE MENSUELLE TRAITEMENT TB ACTIVE ET ITL
 (Voir états médicaux des principales antécédents sur la page 1)

Poids initial: _____ kg en date du: _____

IDENTIFICATION
 EMBOSSER ICI LA CARTE DU CSI OU CSTU
 SI NON DISPONIBLE, INSCRIRE LES NOM, PRÉNOM,
 DATE DE NAISSANCE ET NUMÉRO DOSSIER.

	Fin du 1 ^{er} mois (7 ^{es} mois)		Fin du 2 ^e mois (8 ^{es} mois)		Fin du 3 ^e mois (9 ^{es} mois)		Fin du 4 ^e mois (10 ^{es} mois)		Fin du 5 ^e mois ou (11 ^{es} mois)		Fin du 6 ^e mois ou (12 ^{es} mois)	
	Non	Oui	Non	Oui	Non	Oui	Non	Oui	Non	Oui	Non	Oui
Présence de signes / symptômes¹ (Si anormal, inscrire le médicament)												
Hépatotoxicité²												
Modification de l'état général												
Inconfort/douleur abdominale												
Anorexie												
Nausées/vomissements												
Fatigue/somnolence												
Urines foncées (couleur thé) ³												
Selles pâles (boischiâtres)												
Œdème – Raabi – Prunt												
Toux épuisée												
Faiblesse												
Suores nocturnes persistantes												
Hémoptysie												
Perte de poids (kg)												
Inscrire le poids actuel ⁴												
Autres												
Prise d'alcool												
Echelle de Shelton ⁵												
Toux chronique ⁶												
Réponse au médecin												

Initiales: _____ Signature et # permis: _____



TUBERCULOSE ACTIVE ADULTE ET PÉDIATRIQUE PROTOCOLE DE SUIVI - ORDONNANCE MÉDICALE STANDARD

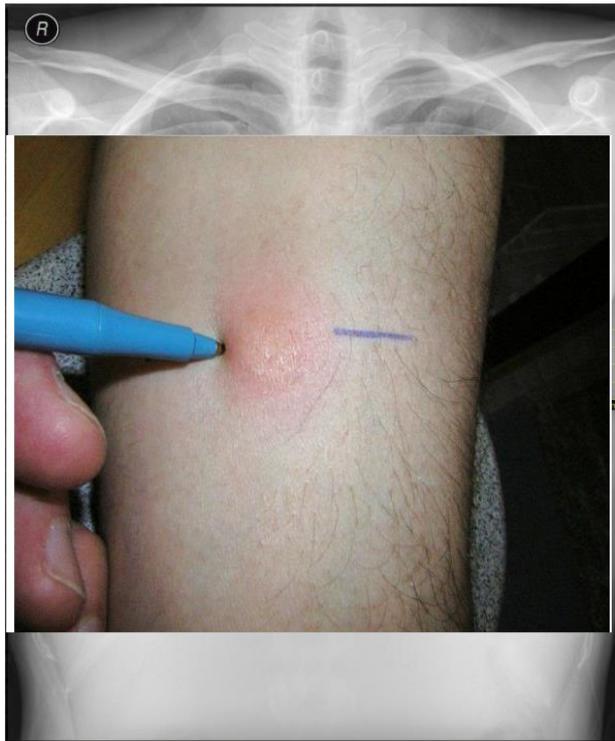
EMBOSSER ICI LA CARTE DU CSI OU CSTU
 SI NON DISPONIBLE, INSCRIRE LES NOM, PRÉNOM,
 DATE DE NAISSANCE ET NUMÉRO DOSSIER.
 EMBOSSE HERE THE CARD OF INC OR UTHC,
 IF NOT AVAILABLE, WRITE THE NAME, SURNAME,
 DATE OF BIRTH AND FILE NUMBER.

Temps	Suivi	Interventions et Investigations	Date et signature
Retour dans la communauté AA/ MM/ JJ	MD/Inf. du village	<input type="checkbox"/> S'assurer du transfert du dossier au village <input type="checkbox"/> S'assurer que la pharmacie reçoive la prescription pour les phases 1 et 2 du traitement <input type="checkbox"/> Planifier les différentes dates de suivis infirmier et médical prévues dans la présente ordonnance <input type="checkbox"/> Organiser la TOD en partenariat avec les travailleurs locaux de la santé – Tenir compte des doses reçues lors de l'hospitalisation. TB ACT-ENREG-MÉD-Phase 1 <input type="checkbox"/> Enseignement à la clientèle du plan de traitement. Si non fait, lecture et signature du document Tb Active- Information Sur Le Traitement Obligatoire TB ACT-MATO <input type="checkbox"/> Réviser et compléter avec le patient le questionnaire Identification des contacts d'un cas de TB active TB ACT_IDENT-CONTACTS	Signature MD AA/ MM/ JJ
Fin du 1 ^{er} mois de Tx AA/ MM/ JJ	Inf.	<input checked="" type="checkbox"/> Suivi mensuel régulier : Si anormal, aviser le médecin a. Suivi de la médication et soutien au client TB ACT-ENREG-MÉD-Phase 1 b. Évaluation clinique mensuelle TB ACT-EVAL-CLIN-MENS c. Sur prescription médicale, bilan hépatique, Créat., FSC (adulte et enfant)	Signature AA/ MM/ JJ
Fin du 2 ^e mois de Tx AA/ MM/ JJ	MD	Enfants et adultes avec TB probable (non confirmée par laboratoire) : <input type="checkbox"/> Diagnostic de TB probable maintenu d'emblée (poursuivre traitement), puis: <input type="checkbox"/> Discuter si le diagnostic de TB active est maintenu ou révoqué avec le spécialiste resp-north@mcgill.ca (adulte) ou mchtb@muhc.mcgill.ca (enfant). Au préalable: <input type="checkbox"/> Vérifier tous les résultats de TB bactériol ad ce jour (GeneXpert, frotts, cultures) <input type="checkbox"/> Vérifier réponse clinique <input type="checkbox"/> Vérifier résultat RXP 2 ^e mois <input type="checkbox"/> Vérifier l'observance à la médication <input type="checkbox"/> Chez l'enfant de > 6 mois, discuter de la pertinence de répéter TCT avec le médecin de santé publique. <input type="checkbox"/> Si le diagnostic de TB probable est maintenu et que la souche du cas source présumé est sensible à tout <input type="checkbox"/> Cesser EMB (si patient sous EMB)	Signature AA/ MM/ JJ

Signature du MD : _____ N° permis : _____ Date : ____/____/____
 AAAA / MM / JJ

TB active

Protocole de suivi – p.4



TUBERCULOSE ACTIVE
ADULTE ET PÉDIATRIQUE
PROTOCOLE DE SUIVI - ORDONNANCE
MÉDICALE STANDARD

EMBOSSEZ ICI LA CARTE DU CSI OU CSTU.
SI NON DISPONIBLE, INSCRIRE LES NOM, PRÉNOM,
DATE DE NAISSANCE ET NUMÉRO DOSSIER.
EMBOSSE HERE THE CARD OF IHC OR UTHC.
IF NOT AVAILABLE, WRITE THE NAME, SURNAME,
DATE OF BIRTH AND FILE NUMBER.

Temps	Suivi	Interventions et Investigations	Date et signature
Retour dans la communauté AA/ MM/ JJ	MD/Inf. du village	<input type="checkbox"/> S'assurer du transfert du dossier au village <input type="checkbox"/> S'assurer que la pharmacie reçoive la prescription pour les phases 1 et 2 du traitement <input type="checkbox"/> Planifier les différentes dates de suivis infirmier et médical prévues dans la présente ordonnance <input type="checkbox"/> Organiser la TOD en partenariat avec les travailleurs locaux de la santé – Tenir compte des doses reçues lors de l'hospitalisation. TB ACT-ENREG-MÉD-Phase 1 <input type="checkbox"/> Enseignement à la clientèle du plan de traitement. Si non fait, lecture et signature du document Tb Active- Information Sur Le Traitement Obligatoire TB ACT-MATO <input type="checkbox"/> Réviser et compléter avec le patient le questionnaire Identification des contacts d'un cas de TB active TB ACT_IDENT-CONTACTS	Signature MD Signature AA/ MM/ JJ
Fin du 1 ^{er} mois de Tx AA/ MM/ JJ	Inf.	<input type="checkbox"/> Suivi mensuel régulier : Si anormal, aviser le médecin a. Suivi de la médication et soutien au client TB ACT-ENREG-MÉD-Phase 1 b. Évaluation clinique mensuelle TB ACT-EVAL-CLIN-MENS c. Sur prescription médicale, bilan hépatique, Créat., FSC (adulte et enfant)	Signature AA/ MM/ JJ
Fin du 2 ^e mois de Tx AA/ MM/ JJ	MD	<p>Enfants et adultes avec TB probable (non confirmée par laboratoire) :</p> <input checked="" type="checkbox"/> Diagnostic de TB probable maintenu d'emblée (poursuivre traitement), puis : <input checked="" type="checkbox"/> Discuter si le diagnostic de TB active est maintenu ou révoqué avec le spécialiste resp-north@mcgill.ca (adulte) ou mchtb@muhc.mcgill.ca (enfant). Au préalable : <input checked="" type="checkbox"/> Vérifier tous les résultats de TB bactériol ad ce jour (GeneXpert, frottis, cultures) <input checked="" type="checkbox"/> Vérifier réponse clinique <input checked="" type="checkbox"/> Vérifier résultat RXP 2 ^e mois <input checked="" type="checkbox"/> Vérifier l'observance à la médication <input checked="" type="checkbox"/> Chez l'enfant de > 6 mois, discuter de la pertinence de répéter TCT avec le médecin de santé publique. <input checked="" type="checkbox"/> Si le diagnostic de TB probable est maintenu et que la souche du cas source présumé est sensible à tout <input type="checkbox"/> Cesser EMB (si patient sous EMB)	Signature AA/ MM/ JJ

Signature du MD : _____ N° permis : _____ Date : ____/____/____
AAAA / MM / JJ

TB active

Protocole de suivi – p.5



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

R_x	ADULTE (15 ans et plus)
Date de prescription: _____ / _____ / _____	AAAA-MM-JJ

PHASE DE CONTINUATION* (PHASE 2)

- 1) Isoniazide (INH) 10 mg/kg (max. : 600 mg), soit :
- 2) Rifampicine (RIF) 10 mg/kg (10-12 mg/kg) (max. : 600 mg), soit :
- 3) Pyridoxine (vit. B6) 2 mg/kg (max. : 50 mg), soit :
- 4) _____, soit :

* 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

Signature du médecin : _____

Lettres moulées _____ Licence # _____

J'atteste que cette prescription, transmise par télécopieur ou courriel, sera considérée comme étant valide et l'unique originale.
La pharmacie mentionnée plus bas 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 Tullattavik de l'Ungava	
<input type="checkbox"/> Sallut 819 255-9090	<input type="checkbox"/> Inuulivik 819 254-9090	<input type="checkbox"/> Kangiqsuksukjuq 819 337-9090	<input type="checkbox"/> Kangirsuk 819 935-9090
<input type="checkbox"/> Ivujivik 819 922-9090	<input type="checkbox"/> Ulukujiaq 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"/> Kusujuarvik 819 929-9090	<input type="checkbox"/> Aupaluk 819 491-9090	<input type="checkbox"/> Kangisujuaq 819 338-9090
<input type="checkbox"/> Euvimiluaq 819 988-9090			<input type="checkbox"/> Tasujiaq 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 TULLATTAVIK, KUJUAQ Tél. : 819 964-2905 # 201/277 Fax : 819 964-0035 Courriel : kujuaq.pharmacy@ssss.gouv.qc.ca	
<input type="checkbox"/> PHARMACIE VOYER, MONTREAL Tél. : 1 877 426-0400 Télécopieur : 1 877 426-0548 Courriel : fpb022@pharmapvt.ca			

IDENTIFICATION
EMBOSSER ICI LA CARTE DU CSI OU CSTU SI NON DISPONIBLE, INSCRIRE LES PRENOM, NOM, DATE DE NAISSANCE ET NO. DOSSIER

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



TUBERCULOSE ACTIVE ADULTE ET PÉDIATRIQUE PROTOCOLE DE SUIVI - ORDONNANCE MÉDICALE STANDARD

EMBOSSER ICI LA CARTE DU CSI OU CSTU
SI NON DISPONIBLE, INSCRIRE LES NOM, PRENOM,
DATE DE NAISSANCE ET NUMERO DOSSIER.
EMBOSS HERE THE CARD OF IHC OR UTHC.
IF NOT AVAILABLE, WRITE THE NAME, SURNAME,
DATE OF BIRTH AND FILE NUMBER.

Temps	Suivi		Date et signature
Fin du 2 ^e mois de Tx (suite) AA / MM / JJ	MD (suite)	<p>Adultes et enfants avec TB confirmée par laboratoire :</p> <p>Révision du dossier :</p> <ul style="list-style-type: none"> Prescrire BK entre la 7^e et 8^e semaine PRN⁵ Vérifier résultat RXP 2^e mois Vérifier BK temps 0 et antibiogramme : <ul style="list-style-type: none"> Si sensible à tout → Cesser EMB (si patient sous EMB) Si résistance médicamenteuse → Contacter spécialiste Si PCR, frottis et cultures négatifs → Contacter spécialiste pour éliminer diagnostic de cancer (adulte) Fin de la phase 1 (TOD) du traitement : → s'assurer de la prise complète des 60 doses avant de passer à la phase 2⁶ Débuter phase 2 du traitement⁷ : Prescription- TB ACT-PRESC-MÉD-Adulte-Phase 2 ou Enfant-Phase 2 Créer un patient sous EMB : si EMB doit être poursuivi ET test visuel anormal, demande de consultation en ophtalmo. Autre situation (cas de TB qui nécessite un traitement particulier), Préciser : 	Signature AA / MM / JJ
	Inf.	<p><input type="checkbox"/> Suivi mensuel régulier : Si anormal, aviser le médecin</p> <p>a. Suivi de la médication et soutien au client TB ACT-ENREG-MÉD-Phase 1 ET prévoir Formulaire : TB ACT-ENREG-MÉD-Phase 2</p> <p>b. Évaluation clinique mensuelle TB ACT-EVAL-CLIN-MENS</p> <p>c. Sur prescription médicale, bilan hépatique, Créat., FSC (adulte et enfant)</p> <p><input type="checkbox"/> Effectuer relevé du dossier suite à sa révision par MD</p> <p><input type="checkbox"/> Répéter BK X 3 entre la 7^e et 8^e semaine PRN⁵ tel que prescrit par MD</p> <p><input type="checkbox"/> Faire RXP : PA + Latérale (avec vue lordotique pt ≥ 15 ans) tel que prescrit par MD SURV-RXP-EVAL</p>	Signature AA / MM / JJ

Signature du MD : _____ N° permis : _____ Date : _____ / _____ / _____
AAAA / MM / JJ

⁵ Critères pour BK x 3 : **A)** Cultures initiales positives **B)** Traitement interrompu **C)** Traitement différent du traitement standard. **D)** Résistance médicamenteuse au départ **E)** Spécimen initial inadéquat et ceux répétés par la suite étaient à frottis positif **F)** Cavité observée quelques semaines post-début de traitement **G)** Malabsorption intestinale, diabète ou patient immunosupprimé (ex. VIH)

⁶ Si traitement erratique en phase 1, consulter resp-north@mcqill.ca (adulte) ou mchtb@muhc.mcgill.ca (enfant) avant de débuter la phase 2.

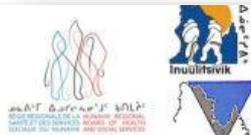
⁷ **IMPORTANT** : Vérifier le changement de dosage de l'isoniazide (INH) en phase 2, (sauf cas exceptionnels où le traitement DIE est prévu en phase 2). Le dosage d'INH passe de **5 mg/kg** die en phase 1 à **10 mg/kg** die 3x/semaine en phase 2.

TB active

Protocole de suivi – p.5


ENREGISTREMENT DE LA MÉDICATION – TB ACTIVE
PHASE INITIALE (PHASE 1) = Durée de 2 mois
 Date du début de la phase initiale: _____ Date de fin de la phase initiale: _____
 Thérapie sous observation directe (TOD) 5 fois semaine et auto-administré (AA) 2 fois semaine




 Centre de Santé et Services Sociaux Inuvaitavik
 Inuvaitavik Health & Social Services Centre
 Puvunguq, Québec J0M 1P0
 T 819 988-2957 / F 819 988-2796
 ᐃᓂᓄᓂ ᐅᓂᓂᓄᓂ ᐃᓄᓂᓄᓂᓄᓂ
 INUVANGA TULAITAVIK HEALTH CENTER
 CENTRE DE SANTÉ TULAITAVIK DE L'UNGAVA

TUBERCULOSE ACTIVE
ADULTE ET PÉDIATRIQUE
PROTOCOLE DE SUIVI - ORDONNANCE
MÉDICALE STANDARD

EMBOSSEZ ICI LA CARTE DU CSI OU CSTU
 SI NON DISPONIBLE, INSCRIRE LES NOM, PRÉNOM,
 DATE DE NAISSANCE ET NUMERO DOSSIER.
 EMBOSS HERE THE CARD OF IHC OR UTHC.
 IF NOT AVAILABLE, WRITE THE NAME, SURNAME,
 DATE OF BIRTH AND FILE NUMBER.

Temps	Suivi	Date et signature
Fin du 2 ^e mois de Tx (suite) AA / MM / JJ	MD (suite) Adultes et enfants avec TB confirmée par laboratoire : <input type="checkbox"/> Révision du dossier : <input type="checkbox"/> Prescrire BK entre la 7 ^e et 8 ^e semaine PRN ⁵ <input type="checkbox"/> Vérifier résultat RXP 2 ^e mois <input type="checkbox"/> Vérifier BK temps 0 et antibiogramme : o Si sensible à tout → Cesser EMB (si patient sous EMB) o Si résistance médicamenteuse → Contacter spécialiste o Si PCR, frottis et cultures négatifs → Contacter spécialiste pour éliminer diagnostic de cancer (adulte) <input type="checkbox"/> Fin de la phase 1 (TOD) du traitement : → s'assurer de la prise complète des 60 doses avant de passer à la phase 2 ^e <input type="checkbox"/> Débuter phase 2 du traitement ⁷ : Prescription- TB ACT-PRESC-MÉD-Adulte-Phase 2 ou Enfant-Phase 2 <input type="checkbox"/> Chez un patient sous EMB : si EMB doit être poursuivi ET test visuel anormal, demande de consultation en ophtalmo. <input type="checkbox"/> Autre situation (cas de TB qui nécessite un traitement particulier), Préciser : _____	Signature AA / MM / JJ
	Inf. <input checked="" type="checkbox"/> Suivi mensuel régulier : Si anormal, aviser le médecin a. Suivi de la médication et soutien au client TB ACT-ENREG-MÉD-Phase 1 ET prévoir Formulaire : TB ACT-ENREG-MÉD-Phase 2 b. Évaluation clinique mensuelle TB ACT-EVAL-CLIN-MENS <input checked="" type="checkbox"/> Sur prescription médicale, bilan hépatique, Créat., FSC (adulte et enfant) <input checked="" type="checkbox"/> Effectuer relevé du dossier suite à sa révision par MD <input checked="" type="checkbox"/> Répéter BK X 3 entre la 7 ^e et 8 ^e semaine PRN ⁵ tel que prescrit par MD <input checked="" type="checkbox"/> Faire RXP : PA + Latérale (avec vue lordotique pt ≥ 15 ans) tel que prescrit par MD SURV-RXP-EVAL	Signature AA / MM / JJ

Signature du MD : _____ N° permis : _____ Date : ____/____/____
AAAA / MM / JJ

⁵ Critères pour BK x 3 : **A)** Cultures initiales positives **B)** Traitement interrompu **C)** Traitement différent du traitement standard.
^{D)} Résistance médicamenteuse au départ **E)** Spécimen initial inadéquat et ceux répétés par la suite étaient à frottis positif **F)** Cavité observée quelques semaines post début de traitement **G)** Malabsorption intestinale, diabète ou patient immunosupprimé (ex. : VIH).
⁶ Si traitement erratique en phase 1, consulter resp-north@mcqill.ca (adulte) ou mchtb@nuhc.mcqill.ca (enfant) avant de débiter la phase 2.
⁷ **IMPORTANT :** Vérifier le changement de dosage de l'isoniazide (INH) en phase 2, (sauf cas exceptionnels où le traitement DIE est prévu en phase 2). Le dosage d'INH passe de **5 mg/kg** die en phase 1 à **10 mg/kg** die 3x/semaine en phase 2.

TB active

Protocole de suivi – p.5

ENREGISTREMENT DE LA MÉDICATION – TB ACTIVE
PHASE INITIALE (PHASE 1) = Durée de 2 mois

Date de début de la phase initiale: _____ Date de fin de la phase initiale: _____
 Thérapie sous observation directe (TOD) 5 fois semaine et auto-administré (AA) 2 fois semaine

IDENTIFICATION

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

Durée du traitement prescrit et nombre de doses à donner
 = 2 mois = 60 doses

Inscrire le nom: _____
 Inscrire les dates du calendrier: _____

Jours semaine	L	M	M	J	V	S	D	L	M	M	J	V	S	D	L	M	M	J	V	S	D	L	M	M	J	V	S	D
Isoniazide (INH)																												
Rifampicine (RIF)																												
Pyrazinamide (PZA)																												
Ethambutol (EMB)																												
Vitamine B ₆																												

Autre, préciser: _____

Nombre de doses* _____

1 Si hospitalisation ou non, inscrire
 2 Inscrire la date qui correspond à
 3 Si hospitalisation, inscrire les doses
 4 Inscrire une initiation dans chaque
 5 Inscrire AA dans les cases où
 6 Inscrire S dans les cases où la
 Signature et # permis

EVALUATION CLINIQUE
 (Voir effets indésirables des p. 1-4)

Poids initial: _____ kg en d

Présence de signes / (Si anormal, inscrire le)

Modification de TSS (inconfort/douleur ab)																													
Anorexie																													
Nausées/vomissements																													
Fatigue/somnolence																													
Urines foncées (couleur)																													
Sécheresse buccale (glossite - Raab) - Prur																													

Symptômes TB

Toux épuisée																													
Fatigue																													
Sueurs nocturnes persistantes																													
Hémoptysse																													
Perte de poids (kg)																													
Inscrire le poids actuel*																													

Autres

Prise d'alcool																													
Échelle de Siretten ¹																													
Traitement ²																													
Retour au médecin																													

Signature de l'infirmière _____

initiales _____ Signature et # permis _____



Centre de Santé et Services Sociaux Inuitsvik
 Inuitsvik Health & Social Services Centre
 Pavillon, Québec, J0M 1P0
 T 819 900-2957 / F 819 900-2790

UNGAVA TULATTAVIK HEALTH CENTER
 CENTRE DE SANTÉ TULATTAVIK DE L'UNGAVA

TUBERCULOSE ACTIVE
ADULTE ET PÉDIATRIQUE
PROTOCOLE DE SUIVI - ORDONNANCE
MÉDICALE STANDARD

Temps	Suivi	Interventions et Investigations	Date et signature
Fin du 3 ^e mois de Tx AA/ MM/ JJ	Inf.	<input type="checkbox"/> Suivi mensuel régulier : Si anormal, aviser le médecin a. Suivi de la médication et soutien au client TB ACT-ENREG-MÉD-Phase 2 b. Évaluation clinique mensuelle TB ACT-EVAL-CLIN-MENS c. Sur prescription médicale, bilan hépatique, Créat. PRN (adulte ⁸ et enfant ⁹) <input type="checkbox"/> Vérifier si BK ont dû être répétés à 8 semaines; si oui, vérifier le résultat : <input type="checkbox"/> Si culture positive : aviser MD et répéter q mois ad négativation des cultures sur prescription médicale	Signature AA/ MM/ JJ
Fin du 4 ^e mois de Tx AA/ MM/ JJ	MD	<input type="checkbox"/> Révision du dossier <input type="checkbox"/> Vérifier BK du 2 ^e mois. <input type="checkbox"/> Si culture négative : poursuivre le traitement pour un total de 6 mois <input type="checkbox"/> Si culture positive : consulter resp-north@mcqill.ca (Tx 9 mois possible) <input type="checkbox"/> Suivi particulier : _____	Signature AA/ MM/ JJ
	Inf.	<input checked="" type="checkbox"/> Suivi mensuel régulier : Si anormal, aviser le médecin a. Suivi de la médication et soutien au client TB ACT-ENREG-MÉD-Phase 2 b. Évaluation clinique mensuelle TB ACT-EVAL-CLIN-MENS <input checked="" type="checkbox"/> Sur prescription médicale, bilan hépatique, Créat. PRN (adulte ⁸ et enfant ⁹) <input checked="" type="checkbox"/> Effectuer relevé du dossier suite à sa révision par MD <input type="checkbox"/> BK X 3 PRN sur prescription médicale jusqu'à négativation des cultures	Signature AA/ MM/ JJ
Fin du 5 ^e mois de Tx AA/ MM/ JJ	Inf.	<input type="checkbox"/> Suivi mensuel régulier : Si anormal, aviser le médecin a. Suivi de la médication et soutien au client TB ACT-ENREG-MÉD-Phase 2 b. Évaluation clinique mensuelle TB ACT-EVAL-CLIN-MENS c. Sur prescription médicale, bilan hépatique, Créat. PRN (adulte ⁸ et enfant ⁹) <input type="checkbox"/> Faire RXP : PA + Latérale (avec vue lordotique pt ≥ 15 ans) tel que prescrit par MD SURV-RXP-EVAL <input type="checkbox"/> BK X 3 PRN sur prescription médicale jusqu'à négativation des cultures	Signature AA/ MM/ JJ

Signature du MD : _____ N° permis : _____ Date : _____
 AAAAA / MM / JJ

⁸ Si symptomatique OU 50 ans et plus OU si présence d'une des conditions suivantes : grossesse ou accouchement au courant des 3 derniers mois, cirrhose évolutive ou hépatite évolutive chronique toutes causes confondues, hépatite C, hépatite B avec des concentrations de transaminases anormales, consommation quotidienne d'alcool, prise d'autres médicaments hépatotoxiques, antécédents d'hépatite provoquée par des médicaments. (Guide d'intervention – La Tuberculose, MSSS, 2017)

⁹ Si symptomatique ou bilan de base anormal.

TB active

Protocole de suivi – p.5


ENREGISTREMENT DE LA MÉDICATION – TB ACTIVE
PHASE INITIALE (PHASE 1) = Durée de 2 mois
 Date du début de la phase initiale? _____ Date de fin de la phase initiale? _____
 Thérapie sous observation directe (TOO) 5 fois semaine et auto-administrée (AA) 2 fois semaine

IDENTIFICATION
 EMBOSSER ICI LA CARTE DU CSI OU CSTU
 SI NON DISPONIBLE, INSCRIRE LES NOM, PRÉNOM,
 DATE DE NAISSANCE ET NUMÉRO DOSSIER
 EMBOSSE HERE THE CARD OF IHC OR UTHC,
 IF NOT AVAILABLE, WRITE THE NAME, SURNAME,
 DATE OF BIRTH AND FILE NUMBER




Centre de Santé et Services Sociaux Inuitsvik
Inuitsvik Health & Social Services Centre
 Puvungut, Québec J0M 1P0
 T 819 900-2957 / F 819 900-2790
 ᐃᓴᓴᓴ ᐃᓴᓴᓴ ᐃᓴᓴᓴ ᐃᓴᓴᓴ
UNGAVA TULATTAVIK HEALTH CENTER
CENTRE DE SANTÉ TULATTAVIK DE L'UNGAVA

TUBERCULOSE ACTIVE
ADULTE ET PÉDIATRIQUE
PROTOCOLE DE SUIVI - ORDONNANCE
MÉDICALE STANDARD

EMBOSSER ICI LA CARTE DU CSI OU CSTU
 SI NON DISPONIBLE, INSCRIRE LES NOM, PRÉNOM,
 DATE DE NAISSANCE ET NUMÉRO DOSSIER
 EMBOSSE HERE THE CARD OF IHC OR UTHC,
 IF NOT AVAILABLE, WRITE THE NAME, SURNAME,
 DATE OF BIRTH AND FILE NUMBER

Temps	Suivi	Interventions et Investigations	Date et signature
Fin du 3 ^e mois de Tx AA/ MM/ JJ	Inf.	<input type="checkbox"/> Suivi mensuel régulier : Si anormal, aviser le médecin a. Suivi de la médication et soutien au client TB ACT-ENREG-MÉD-Phase 2 b. Évaluation clinique mensuelle TB ACT-EVAL-CLIN-MENS c. Sur prescription médicale, bilan hépatique, Créat. PRN (adulte ⁸ et enfant ⁹) <input type="checkbox"/> Vérifier si BK ont dû être répétés à 8 semaines; si oui, vérifier le résultat : <input type="checkbox"/> Si culture positive : aviser MD et répéter q mois ad négatification des cultures sur prescription médicale	Signature AA/ MM/ JJ
Fin du 4 ^e mois de Tx AA/ MM/ JJ	MD	<input type="checkbox"/> Révision du dossier <input type="checkbox"/> Vérifier BK du 2 ^e mois. <input type="checkbox"/> Si culture négative : poursuivre le traitement pour un total de 6 mois <input type="checkbox"/> Si culture positive : consulter resp-north@mcqill.ca (Tx 9 mois possible) <input type="checkbox"/> Suivi particulier : _____	Signature AA/ MM/ JJ
Fin du 5 ^e mois de Tx AA/ MM/ JJ	Inf.	<input type="checkbox"/> Suivi mensuel régulier : Si anormal, aviser le médecin a. Suivi de la médication et soutien au client TB ACT-ENREG-MÉD-Phase 2 b. Évaluation clinique mensuelle TB ACT-EVAL-CLIN-MENS c. Sur prescription médicale, bilan hépatique, Créat. PRN (adulte ⁸ et enfant ⁹) <input type="checkbox"/> Effectuer relevé du dossier suite à sa révision par MD <input checked="" type="checkbox"/> BK X 3 PRN sur prescription médicale jusqu'à négatification des cultures <input checked="" type="checkbox"/> Suivi mensuel régulier : Si anormal, aviser le médecin a. Suivi de la médication et soutien au client TB ACT-ENREG-MÉD-Phase 2 b. Évaluation clinique mensuelle TB ACT-EVAL-CLIN-MENS <input checked="" type="checkbox"/> Sur prescription médicale, bilan hépatique, Créat. PRN (adulte ⁸ et enfant ⁹) <input checked="" type="checkbox"/> Faire RXP : PA + Latérale (avec vue lordotique pt ≥ 15 ans) tel que prescrit par MD SURV-RXP-EVAL <input checked="" type="checkbox"/> BK X 3 PRN sur prescription médicale jusqu'à négatification des cultures	Signature AA/ MM/ JJ

Signature du MD : _____ N° permis : _____ Date : ____/____/____
AAAA / MM / JJ

⁸ Si symptomatique OU 50 ans et plus OU si présence d'une des conditions suivantes : grossesse ou accouchement au courant des 3 derniers mois, cirrhose évolutive ou hépatite évolutive chronique toutes causes confondues, hépatite C, hépatite B avec des concentrations de transaminases anormales, consommation quotidienne d'alcool, prise d'autres médicaments hépatotoxiques, antécédents d'hépatite provoquée par des médicaments. (Guide d'intervention – La Tuberculose, MSSS, 2017)

⁹ Si symptomatique ou bilan de base anormal.

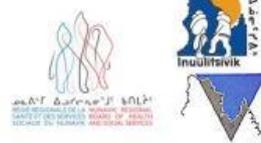
TB active

Protocole de suivi – p.6

Faire parvenir à la DRSP :

- ◆ Enregistrement complète de la médication
- ◆ Évaluations cliniques mensuelles
- ◆ Guide de SCR complété
- ◆ Issue de traitement
- ◆ Notes médicales de la revue de dossier





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

ᐱᐱᐱᐱ ᐱᐱᐱᐱ ᐱᐱᐱᐱ ᐱᐱᐱᐱ
UNGAVA TULATTAVIK HEALTH CENTER
CENTRE DE SANTÉ TULATTAVIK DE LUNGAVA

TUBERCULOSE ACTIVE
ADULTE ET PÉDIATRIQUE
PROTOCOLE DE SUIVI - ORDONNANCE
MÉDICALE STANDARD

EMBOSSER ICI LA CARTE DU CSI OU CSTL
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

Temps	Suivi	Interventions et Investigations	Date et signature
Fin du 6 ^e mois de Tx AA/ MM/ JJ	MD	<input type="checkbox"/> Révision du dossier : <ul style="list-style-type: none"> <input type="checkbox"/> Vérifier résultat RXP du 5^e mois et résultats des cultures de BK <input type="checkbox"/> Consulter spécialiste pour ajustement du régime thérapeutique si : <ul style="list-style-type: none"> - RXP cavitaire au départ - Cultures positives à 8 semaines ou plus de traitement - Tx non standard, incomplet ou erratique - Autre situation particulière : _____ <p>Si fin de traitement :</p> <input type="checkbox"/> Compléter et signer le formulaire <i>Issue de traitement TB ACT-ISSUE TX</i> <input type="checkbox"/> Transmettre le formulaire <i>Issue de traitement</i> à la DRSP <input type="checkbox"/> Compléter et signer le suivi clinico-radiologique <u>en post fin de traitement</u> selon le guide: <i>TB ACT-ITL-CLIN-RADIOL</i> <input type="checkbox"/> Mettre à jour la liste des problèmes (antécédents) au dossier patient <p>Enfant avec TB non confirmée par laboratoire :</p> <input type="checkbox"/> Valider avec la santé publique si besoin de répéter TCT. Et si oui, à quel moment. <input type="checkbox"/> Discuter avec la santé publique et le spécialiste si diagnostic de TB active maintenu ou révoqué.	Signature AA/ MM/ JJ
	Inf.	<input type="checkbox"/> Suivi mensuel régulier : Si anormal, aviser le médecin <ol style="list-style-type: none"> a. Suivi de la médication et soutien au client <i>TB ACT -ENREG-MÉD-Phase 2</i> b. Évaluation clinique mensuelle <i>TB ACT-EVAL-CLIN-MENS</i> c. Sur prescription médicale, bilan hépatique, Créat. si traitement prolongé (adulte, enfant) <input type="checkbox"/> Effectuer relevé du dossier suite à sa révision par MD <input type="checkbox"/> Planifier suivi clinico-radiologique <i>TB ACT-ITL-CLIN-RADIOL</i> <p>Si fin de traitement :</p> <input checked="" type="checkbox"/> Transmettre le formulaire <i>Issue de traitement TB ACT-ISSUE FIN TX</i> (signé par le médecin) et les documents <i>ENREG-MÉD, EVAL-CLIN-MENS</i> et <i>CLIN-RADIOL</i> à la DRSP.	Signature AA/ MM/ JJ

Signature du MD : _____ N° permis : _____ Date : ____/____/____
AAAA / MM / JJ

TB active

Protocole de suivi – p.6

- ◆ Si retard de traitement ou traitement prolongé ad 9 ou 12 mois.



TUBERCULOSE ACTIVE
ADULTE ET PÉDIATRIQUE
PROTOCOLE DE SUIVI - ORDONNANCE
MÉDICALE STANDARD

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 HSC OR UTHC.
IF NOT AVAILABLE, WRITE THE NAME, SURNAME,
DATE OF BIRTH AND FILE NUMBER.

Grille pour mois supplémentaires : Retard de traitement de la période visée OU traitement de 9 / 12 mois			
Temps	Suivi	Interventions et Investigations	Date et signature
Fin du 7 ^e mois de Tx AA/ MM/ JJ	Inf.	<input type="checkbox"/> Suivi mensuel régulier : Si anormal, aviser le médecin a. Suivi de la médication et soutien au client TB ACT-ENREG-MÉD-Phase 2 b. Évaluation clinique mensuelle TB ACT-EVAL-CLIN-MENS c. Sur prescription médicale, bilan hépatique, Créat. PRN (adulte ⁷ et enfant ⁸)	Signature AA/ MM/ JJ
Fin du 8 ^e mois de Tx AA/ MM/ JJ	Inf.	<input type="checkbox"/> Suivi mensuel régulier : Si anormal, aviser le médecin a. Suivi de la médication et soutien au client TB ACT-ENREG-MÉD-Phase 2 b. Évaluation clinique mensuelle TB ACT-EVAL-CLIN-MENS c. Sur prescription médicale, bilan hépatique, Créat. PRN (adulte ⁷ et enfant ⁸) <input type="checkbox"/> Faire RXP : PA + Latérale (avec vue lordotique pt ≥ 15 ans) tel que prescrit par MD SURV-RXP-EVAL <input type="checkbox"/> Préparation du dossier pour révision médicale à la fin du 9 ^e mois.	Signature AA/ MM/ JJ
Fin du 9 ^e mois de Tx AA/ MM/ JJ	MD	<input type="checkbox"/> Révision du dossier <input type="checkbox"/> Vérifier résultat RXP du 8 ^e mois <input type="checkbox"/> Consulter spécialiste si : - RXP anormale ou cavités au départ - BK positifs en cours de Tx - Tx prolongé, non standard, incomplet ou erratique Si traitement terminé : <input type="checkbox"/> Compléter et signer le formulaire <i>Issue de traitement TB ACT-ISSUE TX</i> <input type="checkbox"/> Transmettre le formulaire <i>Issue de traitement</i> à la DRSP <input type="checkbox"/> Planifier suivi clinico-radiologique en post fin de traitement selon le guide de suivi clinico-radiologique TB ACT-ITL-CLIN-RADIOL <input type="checkbox"/> Mettre à jour la liste des problèmes (antécédents) au dossier patient	Signature AA/ MM/ JJ
	Inf.	<input type="checkbox"/> Suivi mensuel régulier : Si anormal, aviser le médecin a. Suivi de la médication et soutien au client TB ACT-ENREG-MÉD-Phase 2 b. Évaluation clinique mensuelle TB ACT-EVAL-CLIN-MENS c. Sur prescription médicale, bilan hépatique, Créat. PRN (adulte ⁷ et enfant ⁸) <input type="checkbox"/> Effectuer relevé du dossier suite à sa révision par MD <input type="checkbox"/> Planifier suivi clinico-radiologique	Signature AA/ MM/ JJ

Pour traitement de 12 mois, répéter les interventions des 7e, 8e et 9e mois aux mois 10, 11 et 12.

Signature du MD : _____
N° permis : _____
Date : _____
AAAA / MM / JJ

TB active

Enregistrement de la médication

TB active		
Déclaration MADO	1 ^{ère} diffusion	Mise à jour
Déclaration MADO 🔗		2013-03
Déclaration MADO – Version dynamique 🔗		2013-03
Annexe 4		
Annexe 4 🔗		2017-06-07
Identification des contacts d'un cas de TB active		
Procédure - Identification des contacts d'un cas de TB active 🔗		2019-01
Identification des contacts d'un cas de TB active 🔗		2019-11-25
Contrat d'engagement		
Procédure - Contrat d'engagement relatif au traitement obligatoire 🔗		2018-10-09
Contrat d'engagement relatif au traitement obligatoire 🔗		2018-10-09
Isolement à domicile		
Procédure – Isolement à domicile 🔗		2019-12-18
Isolement à domicile 🔗		2019-06-07
Prescriptions de la médication TB active		
--Chez l'adulte--		
Traitement TB active – Phase 1 - Adulte 🔗		2019-11-29
Traitement TB active – Phase 2 - Adulte 🔗		2019-11-29
--Chez l'enfant--		
Traitement TB active – Phase 1 - Enfant 🔗		2019-11-29
Traitement TB active – Phase 2 - Enfant 🔗		2019-11-29
Protocole de suivi TB active		
Protocole de suivi – TB active 🔗		2019-11-25
Enregistrement de la médication TB active		
Procédure - Enregistrement de la médication TB active 🔗		2019-04-09
Enregistrement de la médication TB active – Phase 1 🔗		2019-11-25
Enregistrement de la médication TB active – Phase 2 🔗		2019-11-25
Évaluation clinique mensuelle		
Procédure - Évaluation clinique mensuelle 🔗		2019-02-28
Évaluation clinique mensuelle 🔗		2019-02-28
Issue de traitement		
Issue de traitement 🔗		2018-11
Suivi clinico-radiologique		
Guide de suivi clinico-radiologique 🔗		2019-12-18
Évaluation clinique du suivi clinico-radiologique 🔗		2019-12-18

TB active

Enregistrement de la médication – phase 1



REGIÓ REGIONALE DE LA NUUNAVIK REGIONAL
SANTÉ ET DES SERVICES BOARD OF HEALTH
SOCIAUX DU NUUNAVIK AND SOCIAL SERVICES



Centre de Santé et Services Sociaux Inuulitsivik
Inuulitsivik Health & Social Services Centre
Puvimtuq, Québec J0M 1P0
T 819 988-2957 / F 819 988-3796



UNANGVA TULATTAVIK HEALTH CENTER
CENTRE DE SANTÉ TULATTAVIK DE UNANGVA

IDENTIFICATION

EMBOSSER ICI LA CARTE DU CSI ou CSTU
SI NON DISPONIBLE, INSCRIRE LES
PRÉNOM, NOM, DATE DE NAISSANCE ET
NO. DOSSIER

ENREGISTREMENT DE LA MÉDICATION – TB ACTIVE PHASE INITIALE (PHASE 1) = Durée de 2 mois

Date du début de la phase initiale¹: aaaa/mm/ij Date de fin de la phase initiale²: aaaa/mm/ij

Thérapie sous observation directe (TOD) 5 fois semaine et auto-administré (AA) 2 fois semaine

Durée du traitement prescrit et nombre de doses à donner ☞ 2 mois = 60 doses		» Aviser le médecin traitant et à l'infirmière conseil de la DRSP si 3 doses consécutives sont manquées ou si la compliance est erratique.																																				
Inscrire le mois: _____ Inscrire les dates du calendrier →																																						
Jours semaine →		L	M	M	J	V	S	D	L	M	M	J	V	S	D	L	M	M	J	V	S	D	L	M	M	J	V	S	D	L	M	M	J	V	S	D		
Isoniazide (INH) _____ mg po die TOD																																						
Rifampicine (RIF) _____ mg po die TOD																																						
Pyrazinamide (PZA) _____ mg po die TOD																																						
Ethambutol (EMB) _____ mg po die TOD																																						
Vitamine B6 _____ mg po die TOD																																						
Autre, préciser :																																						
Autre, préciser :																																						
Nombre de doses ³ (cumulatif)																																						



Aviser la DRSP si 3 doses consécutives manquées ou compliance erratique

¹ Si hospitalisation ou non, inscrire la date de la première dose prise ou la date reconnue comme étant le début du traitement optimal, si différent.

² Inscrire la date qui correspond à la prise de la 60^e dose.

³ Si hospitalisation, inclure les doses prises durant l'hospitalisation dans le décompte cumulatif du nombre de doses.

» Inscrire vos initiales dans chacune des cases où les médicaments sont administrés en TOD: 5 jours par semaine du lundi au vendredi.

» Inscrire AA dans les cases où les médicaments sont auto-administrés: les fins de semaines ou lors de situations particulières;

» Inscrire ☒ dans les cases où la dose prévue n'a pas été prise (TOD non administrée ou AA reconnue omise). NOTE: les doses omises doivent être reprises avant le début de la phase 2.

Signature et # permis	Initiales	Signature et # permis	Initiales	Signature et # permis	Initiales

TB active

Enregistrement de la médication – phase 1



REGIE REGIONALE DE LA SANTE ET DES SERVICES SOCIAUX DU NUNAVUT
REGIONAL BOARD OF HEALTH AND SOCIAL SERVICES



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



UNANGAVA TULATTAVIK HEALTH CENTER
CENTRE DE SANTÉ TULATTAVIK DE UNANGAVA

ENREGISTREMENT DE LA MÉDICATION – TB ACTIVE PHASE INITIALE (PHASE 1) = Durée de 2 mois

Date du début de la phase initiale¹: aaaa/mm/ij Date de fin de la phase initiale²: aaaa/mm/ij

Thérapie sous observation directe (TOD) 5 fois semaine et auto-administré (AA) 2 fois semaine

IDENTIFICATION

EMBOSSER ICI LA CARTE DU CSI ou CSTU
SI NON DISPONIBLE, INSCRIRE LES
PRÉNOM, NOM, DATE DE NAISSANCE ET
NO. DOSSIER

Durée du traitement prescrit et nombre de doses à donner 2 mois = 60 doses																	» Aviser le médecin traitant et à l'infirmière conseil de la DRSP si 3 doses consécutives sont manquées ou si la compliance est erratique.																
Inscrire le mois: Inscrire les dates du calendrier →																																	
Jours semaine →	L	M	M	J	V	S	D	L	M	M	J	V	S	D	L	M	M	J	V	S	D	L	M	M	J	V	S	D					
Isoniazide (INH) mg po die TOD																																	
Rifampicine (RIF) mg po die TOD																																	
Pyrazinamide (PZA) mg po die TOD																																	
Ethambutol (EMB) mg po die TOD																																	
Vitamine B6 _____mg po die TOD																																	
Autre, préciser :																																	
Autre, préciser :																																	
Nombre de doses³ (cumulatif)																																	

◆ Les doses non prises doivent être reportées en fin de phase 1 !

¹ Si hospitalisation ou non, inscrire la date de la première dose prise ou la date reconnue comme étant le début du traitement optimal, si différent.

² Inscrire la date qui correspond à la prise de la 60^e dose.

³ Si hospitalisation, inclure les doses prises durant l'hospitalisation dans le décompte cumulatif du nombre de doses.

» Inscrire vos **initiales** dans chacune des cases où les médicaments sont administrés en TOD: 5 jours par semaine du lundi au vendredi.

» Inscrire **AA** dans les cases où les médicaments sont **auto-administrés**: les fins de semaines ou lors de situations particulières;

» Inscrire dans les cases où la dose prévue n'a pas été prise (TOD non administrée ou AA reconnue omise). NOTE: les doses omises doivent être reprises avant le début de la phase 2.

Signature et # permis	Initiales	Signature et # permis	Initiales	Signature et # permis	Initiales

TB active

Enregistrement de la médication – phase 2



Centre de Santé et Services Sociaux Inuułitsivik
Inuułitsivik Health & Social Services Centre
Puvirnġut, Québec, XM 1P0
T 810 980-2057 / F 810 980-2766



ᐅᐅᐅᐅ ᐅᐅᐅᐅ ᐅᐅᐅᐅᐅᐅᐅᐅ
UNGAVA TULLATAVIK HEALTH CENTER
CENTRE DE SANTÉ TULLATAVIK DE L'UNGAVA

IDENTIFICATION

EMBOSSER ICI LA CARTE DU CSI ou CSTU
SI NON DISPONIBLE, INSCRIRE LES
PRÉNOM, NOM, DATE DE NAISSANCE ET
NO. DOSSIER

ENREGISTREMENT DE LA MÉDICATION – TB ACTIVE

PHASE DE CONTINUATION (PHASE 2) = Durée de 4 à 10 mois

Date du début de la phase 2¹: aaaa/mm/jj Date de la fin de la phase 2²: aaaa/mm/jj

Traitement sous observation directe (TOD) 3 fois/semaine : lundi, mercredi et vendredi

Cocher la durée du traitement prescrit / nombre de doses à donner

4 mois = 51 doses 7 mois = 90 doses 10 mois = 120 doses

» Aviser le médecin traitant et l'infirmière conseil de la DRSP si 3 doses consécutives sont manquées ou si la compliance est erratique.

Inscrire le mois:

Inscrire les dates du
calendrier →

Jours semaine → L M

Isoniazide (INH) _____mg

po

L-M-V (3 x sem) TOD

Rifampicine (RIF) _____mg

po

L-M-V (3 x sem) TOD

Vitamine B6 _____mg po

L-M-V

(3 x sem) TOD

Autre, préciser :

Autre, préciser :

Nbre de doses³

(cumulatif)

◆ 3x/sem en TOD
Lun – mer - ven

V S D L M M J V S D L M M J V S D

¹ La phase de continuation débute après la prise des 60 doses prescrites à la phase initiale.

² La phase de continuation se termine à la date de la prise de la dernière dose du nombre total de doses prescrites.

³ Ne pas poursuivre le décompte des doses de la phase 1. Débuter un nouveau décompte des doses pour atteindre le nombre total de doses prescrites à la fin du traitement.

» Inscrire vos initiales dans chacune des cases où les médicaments sont administrés en TOD.

Signature et # permis	Initiales	Signature et # permis	Initiales	Signature et # permis	Initiales

TB active

Enregistrement de la médication – phase 2



Centre de Santé et Services Sociaux Inuułitsivik
Inuułitsivik Health & Social Services Centre
Puvungut, Québec, XM 1P0
T 810 980-2057 / F 810 980-2766



ᐅᐅᐅᐅ ᐅᐅᐅᐅ ᐅᐅᐅᐅᐅᐅᐅᐅ
INUVIUK TULATAYIK HEALTH CENTER
CENTRE DE SANTÉ INUVIUK DE L'INUVIUK

IDENTIFICATION

EMBOSSER ICI LA CARTE DU CSI ou CSTU
SI NON DISPONIBLE, INSCRIRE LES
PRÉNOM, NOM, DATE DE NAISSANCE ET
NO. DOSSIER

ENREGISTREMENT DE LA MÉDICATION – TB ACTIVE

PHASE DE CONTINUATION (PHASE 2) = Durée de 4 à 10 mois

Date du début de la phase 2¹: aaaa/mm/jj / jj Date de la fin de la phase 2²: aaaa/mm/jj / jj

Traitement sous observation directe (TOD) 3 fois/semaine : lundi, mercredi et vendredi

Cocher la durée du traitement prescrit / nombre de doses à donner

4 mois = 51 doses 7 mois = 90 doses 10 mois = 120 doses

» Aviser le médecin traitant et l'infirmière conseil de la DRSP si 3 doses consécutives sont manquées ou si la compliance est erratique.

Inscrire le mois:

Inscrire les dates du calendrier →

Jours semaine → L M

Isoniazide (INH) _____mg

po

L-M-V (3 x sem) TOD

Rifampicine (RIF) _____mg

po

L-M-V (3 x sem) TOD

Vitamine B6 _____mg po

L-M-V

(3 x sem) TOD

Autre, préciser :

Autre, préciser :

Nbre de doses³

(cumulatif)



Régime standard :
51 doses

D L M M J V S D L M M J V S D

¹ La phase de continuation débute après la prise des 60 doses prescrites à la phase initiale.

² La phase de continuation se termine à la date de la prise de la dernière dose du nombre total de doses prescrites.

³ Ne pas poursuivre le décompte des doses de la phase 1. Débuter un nouveau décompte des doses pour atteindre le nombre total de doses prescrites à la fin du traitement.

» Inscrire vos initiales dans chacune des cases où les médicaments sont administrés en TOD.

Signature et # permis	Initiales	Signature et # permis	Initiales	Signature et # permis	Initiales

TB active

Enregistrement de la médication – phase 2



Centre de Santé et Services Sociaux Inuulitsivik
Inuulitsivik Health & Social Services Centre
Puvirnituq, Québec, XM 1P0
T 810 980-2057 / F 810 980-2766



Ungava Tullatavik Health Center
CENTRE DE SANTÉ TULLATAVIK DE L'UNGAVA

IDENTIFICATION

EMBOSSER ICI LA CARTE DU CSI ou CSTU
SI NON DISPONIBLE, INSCRIRE LES
PRÉNOM, NOM, DATE DE NAISSANCE ET
NO. DOSSIER

ENREGISTREMENT DE LA MÉDICATION – TB ACTIVE

PHASE DE CONTINUATION (PHASE 2) = Durée de 4 à 10 mois

Date du début de la phase 2¹: aaaa/mm/jj / jj Date de la fin de la phase 2²: aaaa/mm/jj / jj

Traitement sous observation directe (TOD) 3 fois/semaine : lundi, mercredi et vendredi

Cocher la durée du traitement prescrit / nombre de doses à donner

4 mois = 51 doses 7 mois = 90 doses 10 mois = 120 doses

» Aviser le médecin traitant et l'infirmière conseil de la DRSP si 3 doses consécutives sont manquées ou si la compliance est erratique.

Inscrire le mois:

Inscrire les dates du

calendrier →

Jours semaine →

L M

Isoniazide (INH) _____mg

po

L-M-V (3 x sem) TOD

Rifampicine (RIF) _____mg

po

L-M-V (3 x sem) TOD

Vitamine B6 _____mg po

L-M-V

(3 x sem) TOD

Autre, préciser :

Autre, préciser :

Nbre de doses³

(cumulatif)



Aviser la DRSP si 3 doses consécutives manquées ou compliance erratique

I M J V S D L M M J V S D

¹ La phase de continuation débute après la prise des 60 doses prescrites à la phase initiale.

² La phase de continuation se termine à la date de la prise de la dernière dose du nombre total de doses prescrites.

³ Ne pas poursuivre le décompte des doses de la phase 1. Débuter un nouveau décompte des doses pour atteindre le nombre total de doses prescrites à la fin du traitement.

» Inscrire vos initiales dans chacune des cases où les médicaments sont administrés en TOD.

Signature et # permis	Initiales	Signature et # permis	Initiales	Signature et # permis	Initiales

TB active

Enregistrement de la médication – phase 2



Centre de Santé et Services Sociaux Inuulitsivik
Inuulitsivik Health & Social Services Centre
Puvirnort, Québec, XM 1P0
T 810 980-2057 / F 810 980-2766



ᐅᐅᐅᐅ ᐅᐅᐅᐅ ᐅᐅᐅᐅᐅᐅᐅᐅ
UNGAVA TULLATAVIK HEALTH CENTER
CENTRE DE SANTÉ TULLATAVIK DE L'UNGAVA

IDENTIFICATION

EMBOSSER ICI LA CARTE DU CSI ou CSTU
SI NON DISPONIBLE, INSCRIRE LES
PRÉNOM, NOM, DATE DE NAISSANCE ET
NO. DOSSIER

ENREGISTREMENT DE LA MÉDICATION – TB ACTIVE

PHASE DE CONTINUATION (PHASE 2) = Durée de 4 à 10 mois

Date du début de la phase 2¹: aaaa/mm/jj Date de la fin de la phase 2²: aaaa/mm/jj

Traitement sous observation directe (TOD) 3 fois/semaine : lundi, mercredi et vendredi

Cocher la durée du traitement prescrit / nombre de doses à donner

4 mois = 51 doses 7 mois = 90 doses 10 mois = 120 doses

» Aviser le médecin traitant et l'infirmière conseil de la DRSP si 3 doses consécutives sont manquées ou si la compliance est erratique.

Inscrire le mois:

Inscrire les dates du
calendrier →

Jours semaine → L M M

Isoniazide (INH) ___mg

po

L-M-V (3 x sem) TOD

Rifampicine (RIF) ___mg

po

L-M-V (3 x sem) TOD

Vitamine B6 ___mg po

L-M-V

(3 x sem) TOD

Autre, préciser :

Autre, préciser :

Nbre de doses³

(cumulatif)

◆ Les doses non prises
doivent être reportées
en fin de phase 2 !

J V S D L M M J V S D

¹ La phase de continuation débute après la prise des 60 doses prescrites à la phase initiale.

² La phase de continuation se termine à la date de la prise de la dernière dose du nombre total de doses prescrites.

³ Ne pas poursuivre le décompte des doses de la phase 1. Débuter un nouveau décompte des doses pour atteindre le nombre total de doses prescrites à la fin du traitement.

» Inscrire vos initiales dans chacune des cases où les médicaments sont administrés en TOD.

Signature et # permis	Initiales	Signature et # permis	Initiales	Signature et # permis	Initiales

TB active

Évaluation clinique mensuelle

TB active		
Déclaration MADO	1 ^{ère} diffusion	Mise à jour
Déclaration MADO		2013-03
Déclaration MADO – Version dynamique		2013-03
Annexe 4		
Annexe 4		2017-06-07
Identification des contacts d'un cas de TB active		
Procédure - Identification des contacts d'un cas de TB active		2019-01
Identification des contacts d'un cas de TB active		2019-11-25
Contrat d'engagement		
Procédure - Contrat d'engagement relatif au traitement obligatoire		2018-10-09
Contrat d'engagement relatif au traitement obligatoire		2018-10-09
Isolement à domicile		
Procédure – Isolement à domicile		2019-12-18
Isolement à domicile		2019-06-07
Prescriptions de la médication TB active		
--Chez l'adulte--		
Traitement TB active – Phase 1 - Adulte		2019-11-29
Traitement TB active – Phase 2 - Adulte		2019-11-29
--Chez l'enfant--		
Traitement TB active – Phase 1 - Enfant		2019-11-29
Traitement TB active – Phase 2 - Enfant		2019-11-29
Protocole de suivi TB active		
Protocole de suivi – TB active		2019-11-25
Enregistrement de la médication TB active		
Procédure - Enregistrement de la médication TB active		2019-04-09
Enregistrement de la médication TB active – Phase 1		2019-11-25
Enregistrement de la médication TB active – Phase 2		2019-11-25
Évaluation clinique mensuelle		
Procédure - Évaluation clinique mensuelle		2019-02-28
Évaluation clinique mensuelle		2019-02-28
Issue de traitement		
Issue de traitement		2018-11
Suivi clinico-radiologique		
Guide de suivi clinico-radiologique		2019-12-18
Évaluation clinique du suivi clinico-radiologique		2019-12-18

TB active

Évaluation clinique mensuelle

INH, RIF, PZA : Troubles hépatiques

Cesser l'INH si :

- ◆ les AST/ALT ≥ 3 fois la limite supérieure de la normale + sx
- OU
- ◆ si ≥ 5 fois la limite supérieure de la normale en l'absence de symptômes.



REGIONAL HEALTH & SOCIAL SERVICES CENTRE
INUITIATVIK



Centre de Santé et Services Sociaux Inuitiavik
Inuitiavik Health & Social Services Centre
Pavillon, Québec J0A 1P0
T: 819 989-2357 / F: 819 989-2706



UNGAVA TULLATTAVIK HEALTH CENTER
CENTRE DE SANTÉ TULLATTAVIK DE L'UNGAVA

CODE de Boîte à outils TB	DRSP-TB TB ACT-ITL- ÉVAL CLIN MENS			
Titre	Évaluation clinique mensuelle- TB active et ITL			
Date de modification	2019-02-28			

EFFETS INDÉSIRABLES DES PRINCIPAUX ANTITUBERCULEUX				
Médicament	Effets indésirables courants	Effets indésirables rares, mais importants	Probabilité d'hépatite*	Probabilité de rash*
Isoniazide (INH)	<ul style="list-style-type: none"> ▪ rash ▪ hépatite ▪ neuropathie périphérique ▪ nausée/vomissement ▪ diarrhée ▪ fatigue, somnolence 	<ul style="list-style-type: none"> ▪ neurotoxicité ▪ anémie ▪ acné ▪ céphalée ▪ alopecie 	+++	++
Rifampicine (RIF)	<ul style="list-style-type: none"> ▪ interactions médicamenteuses ▪ rash ▪ nausée/vomissement ▪ diarrhée ▪ étourdissement ▪ urine, larmes, sueur de couleur orange 	<ul style="list-style-type: none"> ▪ hépatite ▪ syndrome d'allure grippale ▪ neutropénie ▪ thrombocytopenie 	++	++++
Pyrazinamide (PZA)	<ul style="list-style-type: none"> ▪ hépatite ▪ rash ▪ hyperuricémie ▪ arthralgie ▪ nausée/vomissement ▪ diarrhée 	<ul style="list-style-type: none"> ▪ goutte ▪ photosensibilité 	++++	+++
Ethambutol (EMB)	<ul style="list-style-type: none"> ▪ toxicité oculaire ▪ nausée/vomissement ▪ diarrhée 	<ul style="list-style-type: none"> ▪ rash 	+	+
Fluroquinolone (FLU)	<ul style="list-style-type: none"> ▪ rash 	<ul style="list-style-type: none"> ▪ tendinite ▪ rupture de tendon ▪ allongement de l'intervalle QT 		
Amikacine	<ul style="list-style-type: none"> ▪ néphrotoxicité ▪ ototoxicité 			

Tiré du Guide d'intervention - La Tuberculose (MSSS, Québec, 2017), Tableau 9, p.35 Et Communicable disease control manual, Chapter 4, Section 5, BCCDC, July, 2018

* +++++ = plus probable/
+ = peu probable

- L'INH, la RIF et le PZA peuvent provoquer des troubles hépatiques, variant d'une légère élévation asymptomatique des transaminases à une hépatite fulminante.
- L'hépatite survient surtout chez les adultes et plus fréquente chez les personnes qui consomment de l'alcool chaque jour ou qui sont atteints d'une maladie hépatique chronique.
- Ces médicaments devraient être retirés du régime thérapeutique
 - si un ictère apparaît,
 - si la concentration sérique des transaminases (AST ou ALT) est 5 fois plus élevée que la limite supérieure de la normale.
- *Si un médicament cause des troubles hépatiques*, une note au dossier devrait être clairement inscrite à cet effet.
- Évaluer si prise concomitante d'acétaminophène ou autre médicament hépatotoxique.

TB active

Évaluation clinique mensuelle

EMB : Toxicité oculaire



REGIÓNE REGIONALE DE LA NUNAVUT REGIONAL HEALTH AND SOCIAL SERVICES CENTRE OF NUNAVUT



Inuitiitavik



Centre de Santé et Services Sociaux Inuitiitavik
Inuitiitavik Health & Social Services Centre
Pavillon Québec, KM 170
T. 819 989-2957 / F. 819 989-2766



UNGAVA TULLATTAVIK HEALTH CENTER
CENTRE DE SANTÉ TULLATTAVIK DE L'UNGAVA

CODE de Boîte à outils TB	DRSP-TB TB ACT-ITL- ÉVAL CLIN MENS
Titre	Évaluation clinique mensuelle- TB active et ITL
Date de modification	2019-02-28

EFFETS INDÉSIRABLES DES PRINCIPAUX ANTITUBERCULEUX				
Médicament	Effets indésirables courants	Effets indésirables rares, mais importants	Probabilité d'hépatite*	Probabilité de rash*
Isoniazide (INH)	<ul style="list-style-type: none"> ▪ rash ▪ hépatite ▪ neuropathie périphérique ▪ nausée/vomissement ▪ diarrhée ▪ fatigue, somnolence 	<ul style="list-style-type: none"> ▪ neurotoxicité ▪ anémie ▪ acné ▪ céphalée ▪ alopecie 	+++	++
Rifampicine (RIF)	<ul style="list-style-type: none"> ▪ interactions médicamenteuses ▪ rash ▪ nausée/vomissement ▪ diarrhée ▪ étourdissement ▪ urine, larmes, sueur de couleur orange 	<ul style="list-style-type: none"> ▪ hépatite ▪ syndrome d'allure grippale ▪ neutropénie ▪ thrombocytopenie 	++	++++
Pyrazinamide (PZA)	<ul style="list-style-type: none"> ▪ hépatite ▪ rash ▪ hyperuricémie ▪ arthralgie ▪ nausée/vomissement ▪ diarrhée 	<ul style="list-style-type: none"> ▪ goutte ▪ photosensibilité 	++++	+++
Ethambutol (EMB)	<ul style="list-style-type: none"> ▪ toxicité oculaire ▪ nausée/vomissement ▪ diarrhée 	<ul style="list-style-type: none"> ▪ rash 	+	+
Fluroquinolone (FLU)	<ul style="list-style-type: none"> ▪ rash 	<ul style="list-style-type: none"> ▪ tendinite ▪ rupture de tendon ▪ allongement de l'intervalle QT 		
Amikacine	<ul style="list-style-type: none"> ▪ néphrotoxicité ▪ ototoxicité 			
Tiré du Guide d'intervention - La Tuberculose (MSSS, Québec, 2017), Tableau 9, p.35 Et Communicable disease control manual, Chapter 4, Section 5, BCCDC, July, 2018			* +++++ = plus probable/ + = peu probable	

- L'INH, la RIF et le PZA peuvent provoquer des troubles hépatiques, variant d'une légère élévation asymptomatique des transaminases à une hépatite fulminante.
- L'hépatite survient surtout chez les adultes et plus fréquente chez les personnes qui consomment de l'alcool chaque jour ou qui sont atteints d'une maladie hépatique chronique.
- Ces médicaments devraient être retirés du régime thérapeutique
 - si un ictère apparaît,
 - si la concentration sérique des transaminases (AST ou ALT) est 5 fois plus élevée que la limite supérieure de la normale.
- Si un médicament cause des troubles hépatiques, une note au dossier devrait être clairement inscrite à cet effet.
- Évaluer si prise concomitante d'acétaminophène ou autre médicament hépatotoxique.

TB active

Évaluation clinique mensuelle



ÉVALUATION CLINIQUE MENSUELLE TRAITEMENT TB ACTIVE ET ITL¹

(Voir effets indésirables des principaux antituberculeux sur la procédure)

Poids initial: _____ kg en date du: aaaa / mm / jj

IDENTIFICATION

EMBOSSER ICI LA CARTE DU CSI ou CSTU
SI NON DISPONIBLE, INSCRIRE LES
PRENOM, NOM, DATE DE NAISSANCE ET
NO. DOSSIER

Présence de signes / symptômes ¹ (Si anormal, aviser le médecin)		<u>aaaa / mm / jj</u>		<u>aaaa / mm / jj</u>		<u>aaaa / mm / jj</u>		<u>aaaa / mm / jj</u>		<u>aaaa / mm / jj</u>		<u>aaaa / mm / jj</u>	
		Non	Oui										
Hépatotoxicité ²	Modification de l'état général	<input type="checkbox"/>											
	Inconfort/douleur abdominale	<input type="checkbox"/>											
	Anorexie	<input type="checkbox"/>											
	Nausée/vomissement	<input type="checkbox"/>											
	Fatigue/somnolence	<input type="checkbox"/>											
	Urine foncée (couleur thé) ³	<input type="checkbox"/>											
	Selles pâles (blanchâtres)	<input type="checkbox"/>											
Ictère – Rash – Prurit	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
Symptômes TB ⁴	Toux inhabituelle	<input type="checkbox"/>											
	Fièvre	<input type="checkbox"/>											
	Sueurs nocturnes persistantes	<input type="checkbox"/>											
	Hémoptysie	<input type="checkbox"/>											
	Perte de poids (kg)												
	Inscrire le poids actuel ⁵	kg											
Autres	Prise d'alcool	<input type="checkbox"/>											
	Échelle de Snellen ⁶	<input type="checkbox"/>											
	Test d'Ishihara ⁶	<input type="checkbox"/>											
Référé au médecin		<input type="checkbox"/>											
Signature de l'infirmière		Initiales		Initiales		Initiales		Initiales		Initiales		Initiales	
Initiales	Signature et # permis			Initiales	Signature et # permis			Initiales	Signature et # permis				

¹ Si présence de signes/symptômes, les inscrire sur une feuille de notes évolutives, et aviser le médecin.

² Hépatotoxicité: Les adultes de plus de 50 ans, les personnes qui consomment de l'alcool chaque jour ou qui sont atteints d'une maladie hépatique chronique ont plus de risque d'hépatotoxicité. Les enfants pourraient présenter des symptômes peu spécifiques : le parent dira qu'il va moins bien depuis quelque temps.

³ Ne pas confondre avec la couleur orangée de l'urine qui est un effet secondaire attendu de la prise de Rifampicine

⁴ Symptômes de TB: L'apparition ou la persistance de symptômes de TB peut évoquer un échec du traitement.

⁵ Si changement de poids, faire ajuster la médication.

⁶ Si prise d'Éthambutol, faire les tests de l'acuité visuelle (Échelle de Snellen) et la perception des couleurs (Test d'Ishihara) q mois. Consultation avec ophtalmologue si anormal.

TB active

Évaluation clinique mensuelle



ÉVALUATION CLINIQUE MENSUELLE TRAITEMENT TB ACTIVE ET ITL

(Voir effets indésirables des principaux antituberculeux sur la procédure)

Poids initial: _____ kg en date du: aaaa / mm / jj

IDENTIFICATION

EMBOSSER ICI LA CARTE DU CSI ou CSTU
SI NON DISPONIBLE, INSCRIRE LES
PRENOM, NOM, DATE DE NAISSANCE ET
NO. DOSSIER

Présence de signes / symptômes ¹ (Si anormal, aviser le médecin)		<u>aaaa</u> / <u>mm</u> / <u>jj</u>		<u>aaaa</u> / <u>mm</u> / <u>jj</u>		<u>aaaa</u> / <u>mm</u> / <u>jj</u>		<u>aaaa</u> / <u>mm</u> / <u>jj</u>		<u>aaaa</u> / <u>mm</u> / <u>jj</u>		<u>aaaa</u> / <u>mm</u> / <u>jj</u>	
		Non	Oui										
Hépatotoxicité ²	Modification de l'état général	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>										
	Inconfort/douleur abdominale	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>										
	Anorexie	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>										
	Nausée/vomissement	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>										
	Fatigue/somnolence	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>										
	Urine foncée (couleur thé) ³	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>										
	Selles pâles (blanchâtres)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>										
Ictère – Rash – Prurit	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
Symptômes TB ⁴	Toux inhabituelle	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>										
	Fièvre	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>										
	Sueurs nocturnes persistantes	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>										
	Hémoptysie	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>										
	Perte de poids (kg)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>										
	Inscrire le poids actuel ⁵	ka											
Autres	Prise d'alcool	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>										
	Échelle de Snellen ⁶	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>										
	Test d'Ishihara ⁶	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>										
Référé au médecin		<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>										
Signature de l'infirmière		Initiales		Initiales		Initiales		Initiales		Initiales		Initiales	
Initiales	Signature et # permis			Initiales	Signature et # permis			Initiales	Signature et # permis				

¹ Si présence de signes/symptômes, les inscrire sur une feuille de notes évolutives, et aviser le médecin.

² Hépatotoxicité: Les adultes de plus de 50 ans, les personnes qui consomment de l'alcool chaque jour ou qui sont atteints d'une maladie hépatique chronique ont plus de risque d'hépatotoxicité. Les enfants pourraient présenter des symptômes peu spécifiques : le parent dira qu'il va moins bien depuis quelque temps.

³ Ne pas confondre avec la couleur orangée de l'urine qui est un effet secondaire attendu de la prise de Rifampicine

⁴ Symptômes de TB: L'apparition ou la persistance de symptômes de TB peut évoquer un échec du traitement.

⁵ Si changement de poids, faire ajuster la médication.

⁶ Si prise d'Éthambutol, faire les tests de l'acuité visuelle (Échelle de Snellen) et la perception des couleurs (Test d'Ishihara) q mois. Consultation avec ophtalmologue si anormal.

TB active

Évaluation clinique mensuelle



ÉVALUATION CLINIQUE MENSUELLE TRAITEMENT TB ACTIVE ET ITL

(Voir effets indésirables des principaux antituberculeux sur la procédure)

Poids initial: _____ kg en date du: aaaa / mm / jj

IDENTIFICATION

EMBOSSER ICI LA CARTE DU CSI ou CSTU
SI NON DISPONIBLE, INSCRIRE LES
PRENOM, NOM, DATE DE NAISSANCE ET
NO. DOSSIER

Présence de signes / symptômes ¹ (Si anormal, aviser le médecin)		<u>aaaa</u> / <u>mm</u> / <u>jj</u>		<u>aaaa</u> / <u>mm</u> / <u>jj</u>		<u>aaaa</u> / <u>mm</u> / <u>jj</u>		<u>aaaa</u> / <u>mm</u> / <u>jj</u>		<u>aaaa</u> / <u>mm</u> / <u>jj</u>		<u>aaaa</u> / <u>mm</u> / <u>jj</u>			
		Non	Oui												
Hépatotoxicité ²	Modification de l'état général	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>												
	Inconfort/douleur abdominale	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>												
	Anorexie	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>												
	Nausée/vomissement	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>												
	Fatigue/somnolence	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>												
	Urine foncée (couleur thé) ³	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>												
	Selles pâles (blanchâtres)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>												
Ictère – Rash – Prurit	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>			
Symptômes TB ⁴	Toux inhabituelle	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>												
	Fièvre	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>												
	Sueurs nocturnes persistantes	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>												
	Hémoptysie	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>												
	Perte de poids (kg)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>												
	Inscrire le poids actuel ⁵	ka													
Autres	Prise d'alcool	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>												
	Échelle de Snellen ⁶	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>												
	Test d'Ishihara ⁶	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>												
Référé au médecin		<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>												
Signature de l'infirmière		Initiales		Initiales		Initiales		Initiales		Initiales		Initiales			
Initiales	Signature et # permis			Initiales	Signature et # permis			Initiales	Signature et # permis			Initiales	Signature et # permis		

¹ Si présence de signes/symptômes, les inscrire sur une feuille de notes évolutives, et aviser le médecin.

² Hépatotoxicité: Les adultes de plus de 50 ans, les personnes qui consomment de l'alcool chaque jour ou qui sont atteints d'une maladie hépatique chronique ont plus de risque d'hépatotoxicité. Les enfants pourraient présenter des symptômes peu spécifiques : le parent dira qu'il va moins bien depuis quelque temps.

³ Ne pas confondre avec la couleur orangée de l'urine qui est un effet secondaire attendu de la prise de Rifampicine

⁴ Symptômes de TB: L'apparition ou la persistance de symptômes de TB peut évoquer un échec du traitement.

⁵ Si changement de poids, faire ajuster la médication.

⁶ Si prise d'Éthambutol, faire les tests de l'acuité visuelle (Échelle de Snellen) et la perception des couleurs (Test d'Ishihara) q mois. Consultation avec ophtalmologue si anormal.

TB active

Issue de traitement

TB active		
Déclaration MADO		1 ^{ère} diffusion
Déclaration MADO		Mise à jour
Déclaration MADO – Version dynamique		2013-03
		2013-03
Annexe 4		
Annexe 4		2017-06-07
Identification des contacts d'un cas de TB active		
Procédure - Identification des contacts d'un cas de TB active		2019-01
Identification des contacts d'un cas de TB active		2019-11-25
Contrat d'engagement		
Procédure - Contrat d'engagement relatif au traitement obligatoire		2018-10-09
Contrat d'engagement relatif au traitement obligatoire		2018-10-09
Isolement à domicile		
Procédure – Isolement à domicile		2019-12-18
Isolement à domicile		2019-06-07
Prescriptions de la médication TB active		
--Chez l'adulte--		
Traitement TB active – Phase 1 - Adulte		2019-11-29
Traitement TB active – Phase 2 - Adulte		2019-11-29
--Chez l'enfant--		
Traitement TB active – Phase 1 - Enfant		2019-11-29
Traitement TB active – Phase 2 - Enfant		2019-11-29
Protocole de suivi TB active		
Protocole de suivi – TB active		2019-11-25
Enregistrement de la médication TB active		
Procédure - Enregistrement de la médication TB active		2019-04-09
Enregistrement de la médication TB active – Phase 1		2019-11-25
Enregistrement de la médication TB active – Phase 2		2019-11-25
Évaluation clinique mensuelle		
Procédure - Évaluation clinique mensuelle		2019-02-28
Évaluation clinique mensuelle		2019-02-28
Issue de traitement		
Issue de traitement		2018-11
Suivi clinico-radiologique		
Guide de suivi clinico-radiologique		2019-12-18
Évaluation clinique du suivi clinico-radiologique		2019-12-18

TB active

Issue de traitement

- ◆ Statut du cas et date de dg
- ◆ Bactéριο
- ◆ RXP initiale
- ◆ VIH
- ◆ Informations sur le Rx
- ◆ Négativisation des frottis et cultures
- ◆ Issue du Rx

ISSUE DE TRAITEMENT D'UN CAS DE TUBERCULOSE ACTIVE		IDENTIFICATION							
Statut du cas TB <input type="checkbox"/> Confirmé <input type="checkbox"/> Probable Date du diagnostic ¹ ____/____/____ (AAAA/MM/JJ)		GeneXpert <input type="checkbox"/> Positif <input type="checkbox"/> Négatif <input type="checkbox"/> Non effectué Frottis initial <input type="checkbox"/> Positif <input type="checkbox"/> Négatif <input type="checkbox"/> Non effectué Culture initiale <input type="checkbox"/> Positif <input type="checkbox"/> Négatif <input type="checkbox"/> Non effectué							
Radiographie pulmonaire initiale : Date : ____/____/____ (AAAA/MM/JJ)		<input type="checkbox"/> Normale <input type="checkbox"/> Anormale, cavaïre <input type="checkbox"/> Anormale non cavaïre <input type="checkbox"/> Non effectuée							
Test de dépistage du VIH effectué suite au diagnostic : <input type="checkbox"/> Oui <input type="checkbox"/> Non <input type="checkbox"/> Déjà connu positif <input type="checkbox"/> Refusé par patient Date de prélèvement : ____/____/____ (AAAA/MM/JJ)									
Date de début de traitement : ____/____/____ (AAAA/MM/JJ)		Date dernier jour de traitement : ____/____/____ (AAAA/MM/JJ)							
Phase initiale : Médicaments prescrits (cocher) : <input type="checkbox"/> INH <input type="checkbox"/> RIF <input type="checkbox"/> EMB <input type="checkbox"/> PZA <input type="checkbox"/> Autre : _____ Nombre de doses prises pour chacun		<table border="1"> <tr> <td></td><td></td><td></td><td></td><td></td> </tr> </table>							
Phase de continuation : Médicaments prescrits (cocher) : <input type="checkbox"/> INH <input type="checkbox"/> RIF <input type="checkbox"/> EMB <input type="checkbox"/> PZA <input type="checkbox"/> Autre : _____ Nombre de doses prises pour chacun		<table border="1"> <tr> <td></td><td></td><td></td><td></td><td></td> </tr> </table>							
Durée de prise au total pour chacun (en mois) Apparition d'une résistance (Oui/Non)		<table border="1"> <tr> <td></td><td></td><td></td><td></td><td></td> </tr> </table>							
Principale modalité de traitement (un seul choix) :		<input type="checkbox"/> TOD (thérapie sous observance directe) <input type="checkbox"/> Auto-administration quotidienne <input type="checkbox"/> Autre : (préciser) _____							
Taux d'observance estimé (% de doses prises) :		<input type="checkbox"/> 100 % <input type="checkbox"/> 80 – 99 % <input type="checkbox"/> 50 – 79 % <input type="checkbox"/> < 50 %							
Négativisation des frottis (date du 1 ^{er} frottis négatif d'une série de trois) : Date : ____/____/____ (AAAA/MM/JJ)		Négativisation des cultures (date de 1 ^{ère} culture négative de la 1 ^{ère} série de cultures négatives de façon définitive) : Date : ____/____/____ (AAAA/MM/JJ)							
Issue du traitement (cocher un seul choix) :									
<input type="checkbox"/> Guérison (cultures négatives objectivées) <input type="checkbox"/> Traitement complété (sans cultures négatives objectivées) <input type="checkbox"/> Décès avant ou durant le traitement. Date : ____/____/____ (AAAA/MM/JJ) <input type="checkbox"/> la TB est la cause du décès <input type="checkbox"/> la TB a contribué au décès sans le causer <input type="checkbox"/> la TB n'a pas contribué au décès <input type="checkbox"/> Traitement discontinué dû à un événement défavorable		<input type="checkbox"/> Transfert dans une autre région – résultat du traitement inconnu <input type="checkbox"/> Échec (culture positive après 4 mois de traitement ou plus) <input type="checkbox"/> Abandon (cas perdu de vue avant d'avoir reçu 80 % des doses) <input type="checkbox"/> Autre (préciser) : _____							
Signature MD : _____		Date : ____/____/____ (AAAA/MM/JJ)							

¹ Date à laquelle la TB a été diagnostiquée par le médecin; si inconnue, date selon la première éventualité, soit a) date du premier frottis positif, b) date d'un premier rapport de culture positive c) ou d'un TAAN positif d) date de début du traitement.

TB active

Suivi clinico-radiologique

TB active		
Déclaration MADO		1 ^{ère} diffusion
Déclaration MADO		Mise à jour 2013-03
Déclaration MADO – Version dynamique		2013-03
Annexe 4		
Annexe 4		2017-06-07
Identification des contacts d'un cas de TB active		
Procédure - Identification des contacts d'un cas de TB active		2019-01
Identification des contacts d'un cas de TB active		2019-11-25
Contrat d'engagement		
Procédure - Contrat d'engagement relatif au traitement obligatoire		2018-10-09
Contrat d'engagement relatif au traitement obligatoire		2018-10-09
Isolement à domicile		
Procédure – Isolement à domicile		2019-12-18
Isolement à domicile		2019-06-07
Prescriptions de la médication TB active		
--Chez l'adulte--		
Traitement TB active – Phase 1 - Adulte		2019-11-29
Traitement TB active – Phase 2 - Adulte		2019-11-29
--Chez l'enfant--		
Traitement TB active – Phase 1 - Enfant		2019-11-29
Traitement TB active – Phase 2 - Enfant		2019-11-29
Protocole de suivi TB active		
Protocole de suivi – TB active		2019-11-25
Enregistrement de la médication TB active		
Procédure - Enregistrement de la médication TB active		2019-04-09
Enregistrement de la médication TB active – Phase 1		2019-11-25
Enregistrement de la médication TB active – Phase 2		2019-11-25
Évaluation clinique mensuelle		
Procédure - Évaluation clinique mensuelle		2019-02-28
Évaluation clinique mensuelle		2019-02-28
Issue de traitement		
Issue de traitement		2018-11
Suivi clinico-radiologique		
Guide de suivi clinico-radiologique		2019-12-18
Évaluation clinique du suivi clinico-radiologique		2019-12-18

TB active

Évaluation clinique du SCR



Centre de Santé et Services Sociaux Inuitvik
Inuitvik Health & Social Services Centre
Pavillon, Québec J0M 1P0
T 019 988-2957 / F 019 988-2796



ᑭᓄᓄᓄ ᑭᓄᓄᓄ
SINGAWA TUKATIAVIK HEALTH CENTER
CENTRE DE SANTÉ TUKATIAVIK DE L'UNGWA

EMBOSSER ICI LA CARTE DU CSI OU CSIS,
SI NON DISPONIBLE, INSCRIRE LE NOM, PRÉNOM,
DATE DE NAISSANCE ET NUMÉRO DOSSIER
EMBOSS HERE THE CARD OF IHC OR UTHIC,
IF NOT AVAILABLE, WRITE THE NAME, SURNAME,
DATE OF BIRTH AND FILE NUMBER.

TUBERCULOSE

SUIVI CLINICO-RADIOLOGIQUE STANDARD

ÉVALUATION CLINIQUE ET CONDUITE MÉDICALE

Date du TCT significatif : aaaa/mm/jj Résultat : mm Poids initial : kg en date du : aaaa/mm/jj

RAISON DU SUIVI

Infection tuberculeuse latente non ou inadéquatement traitée

Prophylaxie considérée acceptable

Contact étroit d'un cas de TB active à frottis positif - Date du dernier contact : aaaa/mm/jj

Suivi post fin de traitement de TB active

ÉVALUATION CLINIQUE ¹	Date prévue ²	aa/mm/jj						
	Date réelle ³	aa/mm/jj						
Toux inhabituelle ≥ 3 sem.								
Hémoptysie								
Sueurs nocturnes								
Fièvre persistante								
Poids		kg						
Rappel sur l'auto-vigilance ⁴								
Signature de l'infirmière								
CONDUITE MÉDICALE	Date de la RXP	aa/mm/jj						
	RXP normale Continuer SCR idem	<input type="checkbox"/>						
	RXP anormale Continuer SCR idem	<input type="checkbox"/>						
	RXP anormale Se référer à note médicale	<input type="checkbox"/>						
	Suivi additionnel demandé ⁵	<input type="checkbox"/>						
Signature du médecin								

¹ À compléter par l'infirmière avant le RXP. Indiquer si oui ou non le symptôme est présent. Informer le Md si présence de symptômes de TB active et l'indiquer sur la requête de radiologie dans la section « Commentaires ».

² Selon l'information complétée par le médecin dans le [GUIDE DE SUIVI CLINICO-RADIOLOGIQUE](#) du patient.

³ Si retard dans le suivi clinico-radiologique, le faire maintenant. Puis si intervalle ≤ 3 mois avec le prochain suivi clinico-radiologique prévu, annuler ce dernier et maintenir les suivants tels que déjà cédulés.

⁴ Encourager la consultation précoce advenant le développement de symptômes suggestifs de TB active.

⁵ Si suivi additionnel demandé par le médecin, se référer à l'outil [SUIVI CLINICO-RADIOLOGIQUE ADDITIONNEL](#).

(DRSP-TB_TB-ACT-ITL_SCR-STANDARD, V2020-10-01)

