



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

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

## INFECTION 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, 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

**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 d'observance 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.

**Notes:** → Pour rejoindre les médecins répondants en pneumologie :

- Pneumologue pédiatrique : écrire à MCHTB & 06CH\_CUSM [MCHTB@MUHC.MCGILL.CA](mailto:MCHTB@MUHC.MCGILL.CA) ou Zofia Zysman-Colman (Med) [zofia.zysman-colman.med@ssss.gouv.qc.ca](mailto:zofia.zysman-colman.med@ssss.gouv.qc.ca)
- Pneumologue pour adulte : Privilégier le système SAFIR : [Se connecter à SAFIR \(gouv.qc.ca\)](http://Se%20connecter%20à%20SAFIR%20(gouv.qc.ca))  
Si SAFIR inaccessible, écrire à : Faiz Ahmad Khan [faiz.ahmad.khan.med@ssss.gouv.qc.ca](mailto:faiz.ahmad.khan.med@ssss.gouv.qc.ca) ou Richard Menzies, Dr. [dick.menzies@mcgill.ca](mailto:dick.menzies@mcgill.ca)
- Pneumologue de garde au CUSM : **514 934-1934**.

→ Lorsqu'une personne est nouvellement diagnostiquée ITL, aviser Tuberculose Santé Publique (RRSSSN) [tuberculose-santepublique.nrbhss@ssss.gouv.qc.ca](mailto:tuberculose-santepublique.nrbhss@ssss.gouv.qc.ca).

**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.









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

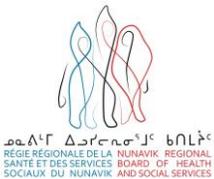
ᐅᐱᕐᑦᑦᑦ ᑕᕐᑕᑦᑕᑦᑦ ᐱᕐᑕᑦᑕᑦᑕᑦ  
 UNGAVA TULATTAVIK HEALTH CENTER  
 CENTRE DE SANTÉ TULATTAVIK DE L'UNGAVA

**INFECTION 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, 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
<b>Fin de Tx</b> <b>(4<sup>e</sup> mois)</b>  / / AA/ MM/ JJ	<b>MD</b>	<input type="checkbox"/> Documenter l'observance et la fin de traitement <input type="checkbox"/> Compléter et signer le <i>Guide de suivi clinico-radiologique en post fin de traitement (TB-ACT-ITL_GUIDE-SCR)</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: \_\_\_\_/\_\_\_\_/\_\_\_\_



Centre de Santé et Services Sociaux Inuulitsivik  
Inuulitsivik Health & Social Services Centre  
Puvirnituaq, Québec J0M 1P0  
T 819 988-2957 / F 819 988-2796  
ᐅᐃᐸᐸᐸ ᐃᐸᐸᐸᐸᐸᐸᐸᐸ  
UNGAVA TULATTAVIK HEALTH CENTER  
CENTRE DE SANTÉ TULATTAVIK DE L'UNGAVA

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

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

**GUIDE DE SUIVI POUR MOIS SUPPLÉMENTAIRES**  
**Délai dans la durée prévue du traitement**  
À utiliser si le traitement se prolonge au-delà de 4 mois. Appliquer les interventions de la ligne *Fin de traitement* si un seul mois supplémentaire est nécessaire pour compléter le traitement. Au-delà de 6 mois, la prophylaxie est considérée inadéquate.

Temps	Suivi	Interventions et Investigations	Date et Signature
<b>Fin du 5<sup>e</sup> mois de Tx</b>  ____/____/____ AA/ MM/ JJ	<b>Inf.</b>	<input type="checkbox"/> <b>Suivi mensuel régulier:</b> Si anormal, aviser le médecin <input type="checkbox"/> Suivi de la médication / soutien au client : <i>(ITL-COURBE-RIF) et (ITL-ENREG-MÉD-RIF)</i> <input type="checkbox"/> Évaluation clinique mensuelle <i>(TB-ACT-ITL_EVAL-CLIN-MENS)</i> <input type="checkbox"/> <b>Selon prescription médicale :</b> <input type="checkbox"/> Faire bilan de suivi mensuel PRN : bilan hépatique, Créat.	_____ Signature AA/ MM/ JJ
<b>Fin de Tx (5<sup>e</sup> ou 6<sup>e</sup> mois)</b>  ____/____/____ AA/ MM/ JJ	<b>Inf.</b>	<input type="checkbox"/> <b>Suivi mensuel régulier:</b> Si anormal, aviser le médecin <input type="checkbox"/> Suivi de la médication / soutien au client : <i>(ITL-COURBE-RIF) et (ITL-ENREG-MÉD-RIF)</i> <input type="checkbox"/> Évaluation clinique mensuelle <i>(TB-ACT-ITL_EVAL-CLIN-MENS)</i> <input type="checkbox"/> <b>Selon prescription médicale :</b> <input type="checkbox"/> Faire bilan de suivi mensuel PRN : bilan hépatique, Créat. <input type="checkbox"/> Au besoin, planifier suivi clinico-radiologique selon avis médical inscrit au formulaire <i>Guide de suivi clinico-radiologique (TB-ACT-ITL_GUIDE-SCR)</i> <input type="checkbox"/> Acheminer tous ces documents complétés à la DSPu	_____ Signature AA/ MM/ JJ
	<b>MD</b>	<input type="checkbox"/> Documenter l’observance et la fin de traitement <input type="checkbox"/> Compléter et signer le <i>Guide de suivi clinico-radiologique en post fin de traitement (TB-ACT-ITL_GUIDE-SCR)</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: \_\_\_\_/ \_\_/ \_\_