ᓄᓇᕗᑦ ᐃᓗᓯᓕᕆᓂᕐᒧᑦ ᑲᑎᒪᔨᖏᑦ
RÉGIE RÉGIONALE DE LA SANTÉ ET DES SERVICES SOCIAUX DU NUNAVIK
NUNAVIK REGIONAL BOARD OF HEALTH AND SOCIAL SERVICES

ᐅᖓᑭᒥ ᑐᓴᑦᑕᐃᑦ ᖃᓄᐃᓐᖏᓐᓂᒧᑦ
UNGAVA TULATTAVIK HEALTH CENTER
CENTRE DE SANTÉ TULATTAVIK DE L'UNGAVA

Centre de santé et Services Sociaux Inuulitsivik
Inuulitsivik Health & Social Services Centre
Puvirnituq, Québec J0M 1P0
Inuulitsivik

CTU-0167

sexe: *identité de genre:* *pronoms :*

INTERVENTION PRÉVENTIVE AUPRÈS DE LA PERSONNE ATTEINTE D'UNE ITSS ET AUPRÈS DE SES PARTENAIRES (IPPAP)

Date : _____ Heure : _____ Lieu et service de consultation : _____

Communauté d'appartenance : _____

Motif pour joindre l'usager

❒ Résultats + pour (infection + site) : _____

❒ Chimioprophylaxie / contact de (infection + site) : _____

Informations complémentaires

Moyen de contact : _____ Date de la dernière relation sexuelle : _____

Autre information pertinente : _____

❒ Communauté d'appartenance avisée (si même centre de santé) :

❒ IPPAP faxé à stbbi.nrbhss@ssss.gouv.qc.ca (si usager sous autre centre de santé ou autre DSPu)

❒ IPPAP faxé au ou à la conseiller.ère local.e, si applicable

Tentatives de joindre l'usager

- À la première tentative, laisser une note en première page du dossier de l'usager
- Après 3 tentatives, insérer ce document dans le dossier de l'usager
- Après un refus, terminer le suivi, insérer ce document dans le dossier et laisser une note en première page du dossier de l'usager

Tentative No. 1	Tentative No. 2	Tentative No. 3
Date et heure : _____	Date et heure : _____	Date et heure : _____
Moyen : _____	Moyen : _____	Moyen : _____
Initiales : _____	Initiales : _____	Initiales : _____
❒ Avisé, date de RDV : _____	❒ Avisé, date de RDV : _____	❒ Avisé, date de RDV : _____
❒ Non rejoint	❒ Non rejoint	❒ Non rejoint
❒ Refuse la consultation	❒ Refuse la consultation	❒ Refuse la consultation
❒ Message laissé	❒ Message laissé	❒ Message laissé
❒ Ne s'est pas présenté à son RDV	❒ Ne s'est pas présenté à son RDV	❒ Ne s'est pas présenté à son RDV
_____	_____	_____
_____	_____	_____
_____	_____	_____
_____	_____	_____
_____	_____	_____

Signature, titre et initiales : _____ **Date et heure :** _____

Signature, titre et initiales : _____ **Date et heure :** _____

Signature, titre et initiales : _____ **Date et heure :** _____

Dossier médical