

EMBOSSEZ 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

## ENREGISTREMENT DE LA MÉDICATION – Infection tuberculeuse latente (ITL)

### Isoniazide (INH) TOD – Adulte - Enfant

Date de début du tx<sup>1</sup> : \_\_\_/\_\_\_/\_\_\_ Date de fin du tx<sup>2</sup> : \_\_\_/\_\_\_/\_\_\_ Nombre total de doses prises<sup>3</sup> : \_\_\_\_\_

Isoniazide (INH) \_\_\_\_\_ mg PO 2x/ semaine TOD X 78 doses sur 9 mois<sup>5</sup>

<b>Durée du traitement prescrit et nombre de doses à donner :</b> 9 mois = 1 dose 2x/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	L	M	M	J	V	S	D	L	M	
Isoniazide (INH) _____ mg po TOD 2 X sem.																																						
Vitamine B6 _____ mg po TOD 2 X sem.																																						
Nombre de doses <sup>4</sup> (cumulatif)																																						

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	L	M	M	J	V	S	D	L	M		
Isoniazide (INH) _____ mg po TOD 2 X sem.																																							
Vitamine B6 _____ mg po TOD 2 X sem.																																							
Nombre de doses <sup>4</sup> (cumulatif)																																							

Commentaires : \_\_\_\_\_

<sup>1</sup> Inscrire la date de la prise de la première dose.

<sup>2</sup> Inscrire la date qui correspond à la prise de la dernière dose.

<sup>3</sup> Inscrire le nombre de doses prises au total et référez-vous au *Suivi clinico-radiologique* pour le plan de suivi.

<sup>4</sup> Effectuer le décompte cumulatif du nombre de doses. **Rappel** : Prophylaxie : Inadéquate (< 62 doses) / Acceptable (> 62 doses/9 mois) / Optimale (78 doses/9 mois)

<sup>5</sup> Traitement administré les lundi – jeudi, ou mardi – vendredi. Favoriser une intervalle de 72 heures entre chaque dose.

**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 fiable;

▶▶ 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