



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

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

**Programme de Tuberculose**  
**Prescription médicale**

TRAITEMENT INFECTION  
TUBERCULEUSE LATENTE - ISONIAZIDE DIE

Allergies :  Nil ou Préciser : \_\_\_\_\_

Grossesse: \_\_\_\_\_ semaines     Allaitement



**ADULTE OU ENFANT**

Date de prescription: \_\_\_\_ / \_\_\_\_ / \_\_\_\_  
AAAA-MM-JJ

Poids: \_\_\_\_ kg

**Isoniazide (INH) DIE auto-administré soit 270 doses sur 9 mois**

- ENFANT** (moins de 15 ans)  
Isoniazide 10mg/kg (10 à 15 mg/kg) (max. : 300 mg), soit :  
Pyridoxine (vit. B6) 1 mg/kg (max. : 25 mg), soit :
- ADULTE** (15 ans et plus)  
Isoniazide 5 mg/kg (max. : 300 mg), soit :  
Pyridoxine (vit. B6) 1 mg/kg (max. : 25 mg), soit :

**À COMPLÉTER PAR LA PHARMACIE :**

\_\_\_\_\_ mg PO DIE x 270 doses  
\_\_\_\_\_ mg PO DIE x 270 doses  
\_\_\_\_\_ mg PO DIE x 270 doses  
\_\_\_\_\_ mg PO DIE x 270 doses

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 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"/> Kangiqsujaq 819 338-9090
<input type="checkbox"/> Puvirnituq 819 988-9090			<input type="checkbox"/> Tasiujaq 819 633-9090

**PHARMACIE INUULITSIVIK, PUVIRNITUQ**  
Tél. : 819 988-2957 #263 /292  
Fax : 819 988-2551  
Courriel : [pharmacie.pov@ssss.gouv.qc.ca](mailto:pharmacie.pov@ssss.gouv.qc.ca)

**PHARMACIE VOYER, MONTRÉAL**  
Tél. : 1 877 426-0406  
Télécopieur : 1 877 426-0546  
Courriel : [fphx022@pharmaprix.ca](mailto:fphx022@pharmaprix.ca)

**PHARMACIE TULATTAVIK, KUJJUAQ**  
Tél. : 819 964-2905 # 201/277  
Fax : 819 964-0035  
Courriel : [kuujuaq.pharmacy@ssss.gouv.qc.ca](mailto:kuujuaq.pharmacy@ssss.gouv.qc.ca)