



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

**PROPHYLAXIE TUBERCULOSE
 PÉRIODE FENÊTRE - ENFANT < 5 ans
 RIFAMPICINE ou Post TCT POST PÉRIODE
 FENÊTRE positif**

Allergies : Nil ou Préciser :



ENFANT moins de 5 ans

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

Poids: ____ kg

Rifampicine DIE auto administré - période fenêtre ou jusqu'à concurrence de 120 doses/4 mois

PÉRIODE FENÊTRE *

À COMPLÉTER PAR LA PHARMACIE :
 _____ mg PO DIE

Rifampicine 15mg/kg (10 à 20 mg/kg) (max. : 600 mg), soit :

* 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.

OU

PÉRIODE POST TCT POSITIF POST PÉRIODE FENÊTRE **

À COMPLÉTER PAR LA PHARMACIE :
 _____ mg PO DIE

Rifampicine 15mg/kg (10 à 20 mg/kg) (max. : 600 mg), soit :

** Après exclusion de TB active, traitement complet, incluant la période fenêtre : 120 doses die auto-administrées sur 4 mois (17 semaines).

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"/> Kangiqsualujjuaq 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"/> Kuujjuaq 819 964-2905	<input type="checkbox"/> Quaqtaq 819 492-9090
<input type="checkbox"/> Akulivik 819 496-9090	<input type="checkbox"/> Kuujjuarapik 819 929-9090	<input type="checkbox"/> Aupaluk 819 491-9090	<input type="checkbox"/> Kangiqsujuaq 819 338-9090
<input type="checkbox"/> Puvirnituq 819 988-9090			<input type="checkbox"/> Tasiujaq 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 TULATTAVIK, KUUJJUAQ Tél. : 819 964-2905 # 201/277 Fax : 819 964-0035 Courriel : kuujjuaq.pharmacy@ssss.gouv.qc.ca	
<input type="checkbox"/> PHARMACIE VOYER, MONTRÉAL Tél. : 1 877 426-0406 Télécopieur : 1 877 426-0546 Courriel : fphx022@pharmaprix.ca			