



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

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

INFECTION TUBERCULOSE LATENTE ADULTE ET PÉDIATRIQUE PROTOCOLE DE SUIVI – ORDONNANCE MÉDICALE STANDARD • INH DIE ou TOD 2x/sem

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 de compliance 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.

Note:

- Pour toute question, contacter le pneumologue pour adulte à resp-north@mcgill.ca ou en pédiatrie à mchtb@muhc.mcgill.ca OU contacter le pneumologue de garde au CUSM au **514 934-1934**.
- Aviser la Direction de Santé publique pour les nouveaux cas d'ITL.

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

ᐅᓄᓄᓄ ᐅᓄᓄᓄ ᐅᓄᓄᓄ ᐅᓄᓄᓄ
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 • INH DIE ou TOD 2x/sem**

Résultat de Quantiféron positif le : aaaa / mm / jj (si applicable)

Résultat du TCT: mm Date : aaaa / mm / jj

Valeurs seuils du résultat du TCT et indications de traitement de l'ITL

TCT	Indications de traitement préventif
≥ 5 mm	<input type="checkbox"/> Personne résidant dans un village prioritaire selon la DRSP du Nunavik <input type="checkbox"/> Dépistage de masse dans un contexte d'éclosion ET selon la DRSP du Nunavik <input type="checkbox"/> Enfant vacciné au BCG depuis < 24 mois
≥ 5 mm	<input type="checkbox"/> Infection à VIH <input type="checkbox"/> Contact récent avec un cas de tuberculose contagieuse <input type="checkbox"/> Maladie fibronodulaire visible à la radiographie pulmonaire (tuberculose guérie, mais non traitée antérieurement ou traitée inadéquatement) <input type="checkbox"/> Greffe d'organe (associée à un traitement immunosuppresseur) <input type="checkbox"/> Autres médicaments immunosuppresseurs, p. ex. corticoïdes (l'équivalent de ≥ 15 mg/jour de prednisone pendant 1 mois ou plus; le risque de tuberculose active augmente avec la dose et la durée du traitement) <input type="checkbox"/> Insuffisance rénale nécessitant une hémodialyse <input type="checkbox"/> Prise d'inhibiteurs du facteur de nécrose tumorale alpha [TNFα],
≥ 10 mm	<input type="checkbox"/> Personne résidant dans un village non prioritaire selon la DRSP du Nunavik <input type="checkbox"/> Virage dans les 2 dernières années sans exposition connue <input type="checkbox"/> Virage à la suite d'un contact récent, peu importe le délai écoulé entre les 2 TCT <input type="checkbox"/> Autre déficit immunitaire (cancer de la tête et du cou) <input type="checkbox"/> Silicose <input type="checkbox"/> Les personnes de tous âges ayant voyagé au cours des 2 dernières années dans un pays à incidence élevée en tenant compte de la durée de séjour et du type d'activités réalisées <input type="checkbox"/> Les utilisateurs de drogues par injection, séronégatifs pour le VIH • Les travailleurs ou les résidents d'un établissement de santé ou d'un établissement correctionnel • Les travailleurs de refuges pour sans-abri • Les sans-abri qui peuvent être traités dans le cadre d'un traitement préventif sous observation directe <input type="checkbox"/> Tout autre patient considéré comme à risque accru (diabète sucré, insuffisance pondérale, fumeur d'un paquet ou plus par jour)

Signature du MD : _____ N° permis : _____ Date : aaaa / mm / jj



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

ᐅᐱᕐᕋᕐ ᐅᐱᕐᕋᕐ ᐱᕐᕋᕐ ᐱᕐᕋᕐ
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 • INH DIE ou TOD 2x/sem**

Temps	Suivi	Interventions et Investigations	Date et Signature
Pré-traitement	MD	<p>Avant de prescrire INH DIE ou TOD 2x/sem :</p> <ul style="list-style-type: none"> <input type="checkbox"/> S'assurer que rpx récente (< 12 semaines depuis la rpx précédente) <input type="checkbox"/> Si BK demandés, s'assurer du résultat négatif des cultures (sauf si avis contraire du spécialiste consulté) <p>Vérifier également si:</p> <ol style="list-style-type: none"> 1. TB active antérieure: <input type="checkbox"/> Oui <input type="checkbox"/> Non 2. Antécédents d'hépatite secondaire à antituberculeux: <input type="checkbox"/> Oui <input type="checkbox"/> Non 3. Cas index résistant à INH¹: <input type="checkbox"/> Oui <input type="checkbox"/> Non <p>Note: Si <i>Oui</i> à 1, 2 ou 3: consulter resp-north@mcgill.ca (adulte) ou mchtb@muhc.mcgill.ca (enfant)</p> <p>Si <i>Non</i> à 1, 2 et 3: débuter le traitement ITL: (ITL-PRESC-INH DIE)</p> <ul style="list-style-type: none"> <input type="checkbox"/> Vérifier avec pharmacien si interactions médicamenteuses <input type="checkbox"/> Prescrire: Bilan hépatique, Créat., FSC (adulte et enfant), Syphilis² 	<p>Signature</p> <p>AA/ MM/ JJ</p>
1 ^{er} jour / date du début du Tx AA/ MM/ JJ	Inf.	<p>Avant de débuter INH DIE ou TOD 2x/sem :</p> <ul style="list-style-type: none"> <input type="checkbox"/> S'assurer de l'absence de symptômes suggestifs de tuberculose active. Si présence de symptômes, demander avis médical STAT avant de débuter le traitement. <input type="checkbox"/> S'assurer d'avoir de la pyridoxine injectable si intoxication à l'INH <input type="checkbox"/> Débuter INH et pyridoxine selon prescription médicale (DIE ou TOD) <input type="checkbox"/> Enseignement à la clientèle (traitement, compliance, effets secondaires) <input type="checkbox"/> Prévoir formulaires de suivi: <ul style="list-style-type: none"> <input type="checkbox"/> Enregistrement de la médication (ITL-ENREG-MÉD-INH-DIE ou TOD) <input type="checkbox"/> Courbe de compliance (ITL-COURBE-INH) si INH DIE³ <input type="checkbox"/> Évaluation clinique mensuelle (TB ACT/ITL-EVAL MENS) <input type="checkbox"/> Faire bilan hépatique, Créat., FSC (adulte et enfant), Syphilis² 	<p>Signature</p> <p>AA/ MM/ JJ</p>
Fin du 1 ^{er} mois de Tx AA/ MM/ JJ	Inf.	<ul style="list-style-type: none"> <input type="checkbox"/> Suivi mensuel régulier: Si anormal, aviser le médecin <ul style="list-style-type: none"> <input type="checkbox"/> Suivi de la médication et soutien au client (ITL-ENREG-MÉD-INH-DIE ou TOD) et (ITL-COURBE-INH) si INH DIE³ <input type="checkbox"/> Évaluation clinique mensuelle (TB ACT/ITL-EVAL MENS) <input type="checkbox"/> Sur prescription médicale, faire bilan hépatique, Créat. PRN (adulte⁴ et enfant⁵) 	<p>Signature</p> <p>AA/ MM/ JJ</p>

Signature du MD: _____ N° permis: _____ Date: ____/____/____

¹ Si l'antibiogramme chez le cas index n'est pas connu au moment de prescrire le traitement préventif, assurez-vous d'ajuster le régime de l'usager dès qu'une résistance au traitement antituberculeux prescrit est confirmée.

² Offrir dépistage de la syphilis chez les ≥ 14 ans dû à l'épidémiologie de la région. Référez les résultats pour suivi équipe ITSS de la DRSP.

³ La courbe de compliance n'est pas utile en TOD, car chaque dose prise est enregistrée.

⁴ Si symptomatique **OU** ≥ 50 ans **OU** si présence d'une des conditions suivantes: Grossesse ou accouchement au cours des 3 derniers mois, cirrhose évolutive ou hépatite évolutive chronique toutes causes confondues, hépatite C, hépatite B avec des concentrations de transaminases anormales, consommation quotidienne d'alcool, prise d'autres médicaments hépatotoxiques, antécédents d'hépatite provoquée par des médicaments. (Guide d'intervention – La tuberculose, MSSS, 2017)

⁵ Enfant - Si symptomatique ou bilan de base anormal.
(DRSP-TB_ITL_PROT-SUIVI-INH-DIE-TOD, V2020-10-01)



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

ᐅᓄᓄᓄ ᐅᓄᓄᓄ ᐅᓄᓄᓄ ᐅᓄᓄᓄ
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 • INH DIE ou TOD 2x/sem**

Temps	Suivi	Interventions et Investigations	Date et Signature
Fin du 2 ^e mois de Tx ____/____/____ AA/ MM/ JJ	Inf.	<input type="checkbox"/> Suivi mensuel régulier: Si anormal, aviser le médecin <input type="checkbox"/> Suivi de la médication et soutien au client (<i>ITL-ENREG-MÉD-INH-DIE</i> ou <i>TOD</i>) et (<i>ITL-COURBE-INH</i>) si <i>INH DIE</i> ³ <input type="checkbox"/> Évaluation clinique mensuelle (<i>TB ACT/ITL-EVAL MENS</i>) <input type="checkbox"/> Sur prescription médicale, faire bilan hépatique, Créat. PRN (adulte ⁴ et enfant ⁵)	_____ Signature AA/ MM/ JJ
Fin du 3 ^e mois de Tx ____/____/____ AA/ MM/ JJ	Inf.	<input type="checkbox"/> Suivi mensuel régulier: Si anormal, aviser le médecin <input type="checkbox"/> Suivi de la médication et soutien au client (<i>ITL-ENREG-MÉD-INH-DIE</i> ou <i>TOD</i>) et (<i>ITL-COURBE-INH</i>) si <i>INH DIE</i> ³ <input type="checkbox"/> Évaluation clinique mensuelle (<i>TB ACT/ITL-EVAL MENS</i>) <input type="checkbox"/> Sur prescription médicale, faire bilan hépatique, Créat. PRN (adulte ⁴ et enfant ⁵)	_____ Signature AA/ MM/ JJ
Fin du 4 ^e mois de Tx ____/____/____ AA/ MM/ JJ	Inf.	<input type="checkbox"/> Suivi mensuel régulier: Si anormal, aviser le médecin <input type="checkbox"/> Suivi de la médication et soutien au client (<i>ITL-ENREG-MÉD-INH-DIE</i> ou <i>TOD</i>) et (<i>ITL-COURBE-INH</i>) si <i>INH DIE</i> ³ <input type="checkbox"/> Évaluation clinique mensuelle – (<i>TB ACT/ITL-EVAL MENS</i>) <input type="checkbox"/> Sur prescription médicale, faire bilan hépatique, Créat. PRN (adulte ⁴ et enfant ⁵)	_____ Signature AA/ MM/ JJ
Fin du 5 ^e mois de Tx ____/____/____ AA/ MM/ JJ	Inf.	<input type="checkbox"/> Suivi mensuel régulier: Si anormal, aviser le médecin <input type="checkbox"/> Suivi de la médication et soutien au client (<i>ITL-ENREG-MÉD-INH-DIE</i> ou <i>TOD</i>) et (<i>ITL-COURBE-INH</i>) si <i>INH DIE</i> ³ <input type="checkbox"/> Évaluation clinique mensuelle (<i>TB ACT/ITL-EVAL MENS</i>) <input type="checkbox"/> Sur prescription médicale, faire bilan hépatique, Créat. PRN (adulte ⁴ et enfant ⁵)	_____ Signature AA/ MM/ JJ
Fin du 6 ^e mois de Tx ____/____/____ AA/ MM/ JJ	Inf.	<input type="checkbox"/> Suivi mensuel régulier: Si anormal, aviser le médecin <input type="checkbox"/> Suivi de la médication et soutien au client (<i>ITL-ENREG-MÉD-INH-DIE</i> ou <i>TOD</i>) et (<i>ITL-COURBE-INH</i>) si <i>INH DIE</i> ³ <input type="checkbox"/> Évaluation clinique mensuelle (<i>TB ACT/ITL-EVAL MENS</i>) <input type="checkbox"/> Sur prescription médicale, faire bilan hépatique, Créat. PRN (adulte ⁴ et enfant ⁵)	_____ Signature AA/ MM/ JJ

Signature du MD: _____ N° permis: _____ Date: ____/____/____



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

ᐅᐱᕐᕋᕐ ᐅᐱᕐᕋᕐ ᕐᕋᕐᕋᕐᕋᕐᕋᕐ
 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
 EMBOSSE 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 • INH DIE ou TOD 2x/sem**

Délai dans la durée prévue du traitement: À utiliser si le traitement se prolonge au-delà de 9 mois • Appliquer les interventions de la ligne *Fin de traitement* au mois qui complètera le traitement • Au-delà de 12 mois, la prophylaxie est considérée inadéquate.

Temps	Suivi	Interventions et Investigations	Date et Signature
Fin du 10 ^e mois de Tx AA/ MM/ JJ	Inf.	<input type="checkbox"/> Suivi mensuel régulier: Si anormal, aviser le médecin <input type="checkbox"/> Suivi de la médication et soutien au client (<i>ITL-ENREG-MÉD-INH-DIE</i> ou <i>TOD</i>) et (<i>ITL-COURBE-INH</i>) si <i>INH DIE</i> ³ <input type="checkbox"/> Évaluation clinique mensuelle (<i>TB ACT/ITL-EVAL MENS</i>) <input type="checkbox"/> Sur prescription médicale, faire bilan hépatique, Créat. PRN (adulte ⁴ et enfant ⁵)	Signature AA/ MM/ JJ
Fin du 11 ^e mois de Tx AA/ MM/ JJ	Inf.	<input type="checkbox"/> Suivi mensuel régulier: Si anormal, aviser le médecin <input type="checkbox"/> Suivi de la médication et soutien au client (<i>ITL-ENREG-MÉD-INH-DIE</i> ou <i>TOD</i>) et (<i>ITL-COURBE-INH</i>) si <i>INH DIE</i> ³ <input type="checkbox"/> Évaluation clinique mensuelle (<i>TB ACT/ITL-EVAL MENS</i>) <input type="checkbox"/> Sur prescription médicale, faire bilan hépatique, Créat. PRN (adulte ⁴ et enfant ⁵)	Signature AA/ MM/ JJ
Fin du Tx (12 ^e mois) AA/ MM/ JJ	Inf.	<input type="checkbox"/> Suivi mensuel régulier : Si anormal, aviser le médecin <input type="checkbox"/> Suivi de la médication et soutien au client (<i>ITL-ENREG-MÉD-INH-DIE</i> ou <i>TOD</i>) et (<i>ITL-COURBE-INH</i>) si <i>INH DIE</i> ³ <input type="checkbox"/> Évaluation clinique mensuelle (<i>TB ACT/ITL-EVAL MENS</i>) <input type="checkbox"/> Au besoin, planifier suivi clinico-radiologique (<i>TB ACT/ITL-CLIN-RADIOL</i>) <input type="checkbox"/> Acheminer tous ces documents complétés à la DRSP	Signature AA/ MM/ JJ
	MD	<input type="checkbox"/> Documenter l'observance et la fin de traitement <input type="checkbox"/> Compléter et signer le suivi clinico-radiologique <u>en post fin de traitement</u> selon le guide (<i>TB ACT-ITL-CLIN-RADIOL</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: aaaa/mm/ jj