



## ÉVALUATION CLINIQUE MENSUELLE TRAITEMENT TB ACTIVE ET ITL

(Voir effets indésirables des principaux antituberculeux sur la procédure)

Poids initial : \_\_\_\_\_ kg en date du : aaaa / mm / jj

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

Présence de signes / symptômes <sup>1</sup> (Si anormal, aviser le médecin)		<u>aaaa</u> / <u>mm</u> / <u>jj</u>		<u>aaaa</u> / <u>mm</u> / <u>jj</u>		<u>aaaa</u> / <u>mm</u> / <u>jj</u>		<u>aaaa</u> / <u>mm</u> / <u>jj</u>		<u>aaaa</u> / <u>mm</u> / <u>jj</u>		<u>aaaa</u> / <u>mm</u> / <u>jj</u>			
		Non	Oui	Non	Oui	Non	Oui	Non	Oui	Non	Oui	Non	Oui		
Hépatotoxicité <sup>2</sup>	Modification de l'état général	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>		
	Inconfort/douleur abdominale	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>		
	Anorexie	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>		
	Nausée/vomissement	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>		
	Fatigue/somnolence	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>		
	Urine foncée (couleur thé) <sup>3</sup>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>		
	Selles pâles (blanchâtres)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>		
	Ictère – Rash – Prurit	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>		
Symptômes TB <sup>4</sup>	Toux inhabituelle	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>		
	Fièvre	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>		
	Sueurs nocturnes persistantes	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>		
	Hémoptysie	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>		
	Perte de poids (kg) Inscrire le poids actuel <sup>5</sup>	kg		kg		kg		kg		kg		kg			
Autres <sup>6</sup>	Prise d'alcool	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>		
	Échelle de Snellen <sup>7</sup>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>		
	Test d'Ishihara <sup>7</sup>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>		
Référé au médecin		<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>		
Signature de l'infirmière		Initiales		Initiales		Initiales		Initiales		Initiales		Initiales			
Initiales	Signature et # permis			Initiales	Signature et # permis			Initiales	Signature et # permis			Initiales	Signature et # permis		

<sup>1</sup> Si présence de signes/symptômes, inscrire une note infirmière au dossier, et aviser le médecin.

<sup>2</sup> Hépatotoxicité: Les adultes de plus de 50 ans, les personnes qui consomment de l'alcool chaque jour ou qui sont atteints d'une maladie hépatique chronique ont plus de risque d'hépatotoxicité. Les enfants pourraient présenter des symptômes peu spécifiques : le parent dira qu'il va moins bien depuis quelque temps.

<sup>3</sup> Ne pas confondre avec la couleur orangée de l'urine qui est un effet secondaire attendu de la prise de Rifampicine

<sup>4</sup> Symptômes de TB: L'apparition ou la persistance de symptômes de TB peut évoquer un échec du traitement.

<sup>5</sup> Si changement de poids, faire ajuster la médication.

<sup>6</sup> Si la réponse est « oui », inscrire une note infirmière au dossier décrivant la consommation d'alcool et/ou les résultats des tests (Snellen et Ishihara).

<sup>7</sup> Si prise d'Éthambutol, faire les tests de l'acuité visuelle (Échelle de Snellen) et la perception des couleurs (Test d'Ishihara) q mois. Consultation avec ophtalmologue si anormal.