



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

# TUBERCULOSE

## ÉVALUATION CLINIQUE DU SUIVI CLINICO-RADIOLOGIQUE

**Raison du suivi :**

- Suivi fin de Tx de TB active
- Contact étroit d'un cas de TB active à frottis positif (réexposition). Date du dernier contact : aaaa/mm/jj
- Infection tuberculeuse latente non ou insuffisamment traitée.

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

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

**À compléter par l'infirmière avant le RXP :**

<b>ÉVALUATION CLINIQUE<sup>1</sup></b>	<b>Date prévue</b>	aaaa/mm						
	<b>Date réelle<sup>2</sup></b>	aaaa/mm						
	<b>Toux inhabituelle Plus de 3 sem.</b>							
	<b>Hémoptysie</b>							
	<b>Sueurs nocturnes</b>							
	<b>Fièvre persistante</b>							
	<b>Poids</b>	kg						
	<b>Rappel sur l'auto-vigilance<sup>3</sup></b>							
	<b>Initiales Inf.</b>							

Signature Infirmière	Initiales	Signature Infirmière	Initiales

<sup>1</sup> Indiquer si oui ou non le symptôme est présent. Informer le Md si présence de symptômes de TB active et l'indiquer sur la requête de radiologie dans la section « Commentaires ».  
<sup>2</sup> Si retard dans le suivi clinico-radiologique, le faire maintenant. Puis si intervalle ≤ 3 mois avec le prochain suivi clinico-radiologique prévu, annuler ce dernier et maintenir les suivants tels que déjà cédulés.  
<sup>3</sup> Encourager la consultation précoce advenant le développement de symptômes suggestifs de TB active.