



**TUBERCULOSE ACTIVE –
INFORMATION ET ENGAGEMENT RELATIF
AU TRAITEMENT OBLIGATOIRE**

Veuillez compléter ce formulaire avec l'usager
en préparation du congé hospitalier.
Conserver l'original au dossier médical.

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

- 1) Je, _____, (nom), déclare avoir été informé(e) et avoir compris le plan de traitement **obligatoire**, tel que prescrit par mon médecin traitant, _____ et la Direction de santé publique du Nunavik.
 - 2) La **phase 1** de mon traitement consiste en un total de 60 doses de médicaments sur une période de 2 mois. Je recevrai les médicaments QUOTIDIENNEMENT, du lundi au vendredi, entre 9 h et 15 h, au CLSC de _____. Ces médicaments me seront donnés en traitement en observation directe (TOD) par un membre de l'équipe de soins. Je m'engage à prendre les doses de fin de semaine moi-même (auto-administré). (N.B. : Si le présent document est signé après la fin de la phase 1, cochez ici) :
 - 3) La **Phase 2** de mon traitement durera de **2 à 10 mois**, tel que prescrit par mon médecin traitant. Généralement, la phase 2 dure 4 mois et je recevrai les médicaments trois fois par semaine (lundi, mercredi et vendredi), entre 9 h et 15 h, au CLSC de _____, en observation directe (TOD) par un membre de l'équipe de soins. (Si d'autres modalités sont convenues avec l'usager, les préciser ici) : _____
 - 4) Mon traitement exige des analyses de sang, des analyses d'expectorations et des radiographies pulmonaires de suivi, lesquelles sont toutes nécessaires tel que prescrit par mon médecin traitant et la Direction de santé publique; ces examens peuvent être requis jusqu'à **5** ans après le diagnostic. Je comprends et accepte de les faire et de me rendre aux rendez-vous selon les directives de l'équipe de soins.
 - 5) Je comprends que si je manque un rendez-vous pour prise de médicament, un membre de l'équipe de soins tentera de me joindre deux fois avant de procéder à la prochaine étape. (Voir point 6 – Ordonnance du tribunal).
 - 6) J'ai été informé(e) et comprends que si je ne respecte pas le plan de traitement tel que prescrit et décrit aux points 2 à 5, je pourrais, selon la Loi sur la santé publique et par le Directeur de santé publique être assujetti(e) à une ordonnance du tribunal autorisant un agent de police à me trouver et m'obliger de suivre le plan de traitement, y compris de force si nécessaire.
 - 7) Si je compte quitter _____, un suivi de traitement doit être organisé avant mon départ. Dans un tel cas, je m'engage à en informer l'infirmière attitrée à la TB au CLSC au moins 2 jours (48 heures) avant mon départ.
 - 8) Je comprends aussi qu'il est nécessaire que mes contacts soient évalués en rapport avec la TB. Je m'engage à collaborer avec l'équipe de soins en fournissant notamment les noms et caractéristiques des rencontres avec les personnes avec qui j'ai été en contact dans un milieu restreint au cours de ma période de contagiosité, c'est-à-dire, entre :
_____ et _____.
 - 9) S'il s'avérait difficile pour moi de me conformer à mon plan de traitement et/ou de suivi, j'autorise, afin d'en faciliter l'exécution, l'équipe de soins à communiquer avec l'une ou l'autre ou les trois personnes identifiées ci-dessous (parents ou amis) :
a) _____,
b) _____,
c) _____.
- Le présent document m'a été expliqué en français. J'en ai pris connaissance et je l'ai bien compris.
- J'ai lu et bien compris le présent document écrit et expliqué en inuktitut (verso).

Signature : _____, _____, _____
Nom Communauté Date

Signature du témoin : _____ **Signature :** _____
(Infirmière) (Interprète)

**Remettre une copie à l'usager et acheminer une copie par télécopieur confidentiel à la
Direction de santé publique au 1 866-867-8026.**