



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

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

## **ACTIVE TUBERCULOSIS INFORMATION REGARDING MANDATORY TREATMENT**

Please complete this form upon discharge and  
keep one copy in the medical file

**EMBOSSEZ 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) I, \_\_\_\_\_ (name), have been informed and understand the **mandatory** treatment plan, as prescribed by my attending physician/doctor: \_\_\_\_\_ and the Nunavik Dept. of Public Health.
  - 2) **Phase 1** of my treatment requires a total of 60 doses of medication over 2 months. The medication will be provided to me DAILY, Monday to Friday, between 9 a.m. and 3 p.m., at the CLSC in \_\_\_\_\_. These medications shall be given under direct observation (DOT) by a member of the health team. I agree to take the weekend doses by myself (self-administered). (*Note: If this document is signed after Phase 1 is completed check here:*)
  - 3) **Phase 2** of my treatment will last from **2-10 months**, as prescribed by my attending physician. In most cases, Phase 2 lasts for 4 months. During phase 2 the medication will be given to me three times a week (Monday, Wednesday and Friday), between 9 a.m. and 3 p.m., at the CLSC in \_\_\_\_\_, under direct observation (DOT) by a member of the health team. (*If other treatment modalities are determined with the patient, indicate here:*) \_\_\_\_\_.
  - 4) My treatment requires blood tests, sputum tests and follow-up chest X-rays, all of which I am obliged to take as prescribed by my attending physician and Public Health; these may continue for up to **5 years** following diagnosis. I understand and agree that I am required to have these tests and go to appointments when informed by the health team.
  - 5) I understand that if I have missed an appointment to receive my medication, a member of the health team will try to reach me twice before moving on to the next step. (Point 6: Court order).
  - 6) I have been informed that if I fail to follow the treatment plan, as prescribed, according to the Public Health Act, a court order could be issued to me. I understand that should I fail to respect points 2, 3, 4 and 5 above, the Director of Public Health may obtain a court order for a police officer to find and oblige me to follow the treatment plan, by force if necessary.
  - 7) If I plan to leave \_\_\_\_\_ arrangements for treatment follow-up must be organized before I go. In such a case I will inform the CLSC TB nurse at least two days (48 hours) before my departure.
  - 8) I understand that it is necessary for my contacts to be evaluated in order to protect their health against tuberculosis. I will collaborate with the health team and give the names of people and the details of the contacts I had in closed environments while I was contagious, that is between \_\_\_\_\_ and \_\_\_\_\_.
  - 9) If I realize that I have difficulties in keeping my treatment and/or follow-up plan, I give the health team permission to contact these relatives and/or friends below to support me. These three (3) people may be contacted to help me in such a situation:
    - a) \_\_\_\_\_,
    - b) \_\_\_\_\_,
    - c) \_\_\_\_\_,

The above document has been explained to me in English and I have read and understand it well.

I have read and understand the document written and explained to me in Inuktitut. (over).

**Signature:** \_\_\_\_\_, \_\_\_\_\_, \_\_\_\_\_, \_\_\_\_\_  
Patient's Name \_\_\_\_\_ Community \_\_\_\_\_ Date \_\_\_\_\_

**Witness signature:** \_\_\_\_\_ **Signature:** \_\_\_\_\_  
(Nurse/Doctor) (Translator)

**Signature:** \_\_\_\_\_  
(Translator)

**Give one copy to the patient and fax a copy to Public Health Dept. at 1 866 867-8026**



כָּבְדָּה אַתָּה יְהוָה  
בְּעִירֵנוּ יְהוָה אֱלֹהֵינוּ

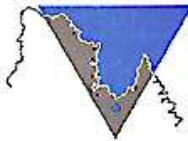
ՀԱՅ ԵՐՐՈՒ ԱՌՈՒՐՐԱՀԾՎ ՃՌ-ԾԱՎԱՐԿ  
ԱԾՎԱՐԿ ԵՎԴՐ-Ն ՃՌ-ԾՎԱՎԾԾ ՃԱՎԱՐՎԱԿ  
ԱԾՎԱՐԿ



◀□◀▶?Y<sup>jC</sup>: \_\_\_\_\_,

*EMBOSSEZ 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



## 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.

EMBOSSEZ 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 :** \_\_\_\_\_  
(Infirmière) **Signature :** \_\_\_\_\_  
(Interprète)

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