



Centre de Santé et Services Sociaux Inuulitsivik Inuulitsivik Health & Social Services Centre Puvirnitug, Québec JOM 1P0

Puvirnituq, Québec J0M 1P0 T 819 988-2957 / F 819 988-2796



ENREGISTREMENT DE LA MÉDICATION – TB ACTIVE PHASE INITIALE (PHASE 1) = Durée de 2 mois

| Date du début de la phase initiale¹: aaaa/ mm / ii | Date de fin de la phase initiale ² : _aaaa/_mm_/ii |
|--|---|
| Théranie sous observation directe (TOD) 5 fois/ | semaine et auto-administré (ΔΔ) 2 fois/ semain |

MBOSSER ICI LA CARTE DU CSI OU CSTU, II NON DISPONIBLE, INSCRIRE LES NOM, PRÉNOM IATE 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

| Durée du traitement prescrit et nombre de doses à donner 2 mois = 60 doses | | | | | | | | ➤ Aviser le médecin traitant et l'infirmière conseil de la DRSP si 3 doses consécutives sont manquées ou si la compliance est erratique. | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
|--|-----------------------------|---|---|---|---|---|---|--|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|
| Inscrire le mois et l'anné | scrire le mois et l'année : | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| Inscrire les dates du calendrier → | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| Jours semaine → | L | M | M | J | V | S | D | L | M | M | J | ٧ | S | D | L | M | M | J | V | S | D | L | M | M | J | ٧ | S | D | L | M | M | J | ٧ | S | D | L | M |
| Isoniazide (INH)mg po die TOD | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| Rifampicine (RIF) mg po die TOD | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| Pyrazinamide (PZA)mg po die TOD | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| Ethambutol (EMB)mg po die TOD | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| Vitamine B6mg po die TOD | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| Autre, préciser : | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| Autre, préciser : | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| Nombre de doses ³ (cumulatif) | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |

[▶] Inscrire ☑ dans les cases où la dose prévue n'a pas été prise (TOD non administrée ou AA reconnue omise). NOTE: les doses omises doivent être reprises avant le début de la phase 2.

| Signature et # permis | Initiales | Signature et # permis | Initiales | Signature et # permis | Initiales |
|-----------------------|-----------|-----------------------|-----------|-----------------------|-----------|
| | | | | | |
| | | | | | |
| | | | | | |

¹ Si hospitalisation ou non, inscrire la date de la première dose prise ou la date reconnue comme étant le début du traitement optimal, si différent.

² Inscrire la date qui correspond à la prise de la 60^e dose.

³ Si hospitalisation, inclure les doses prises durant l'hospitalisation dans le décompte cumulatif du nombre de doses.

>> Inscrire vos initiales dans chacune des cases où les médicaments sont administrés en TOD: 5 jours par semaine du lundi au vendredi.

[→] Inscrire AA dans les cases où les médicaments sont auto-administrés: les fins de semaines ou lors de situations particulières;