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

TUBERCULOSE ACTIVE
ADULTE ET PÉDIATRIQUE
PROTOCOLE DE SUIVI - ORDONNANCE MÉDICALE STANDARD

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

CAS DE TB PROBABLE ET TB CONFIRMÉE

But : Uniformiser la prise en charge des cas de tuberculose (TB) active et assurer la prescription médicale du suivi nécessaire par les différents professionnels de la santé concernés.

1. **Objectifs** :
   a) Obtenir une guérison permanente de la maladie tout en évitant l'apparition d'une résistance médicamenteuse et arrêter la transmission de l'infection (Guide TB, Québec, 2017)
   b) Détecter précocement les événements indésirables et assurer leur prise en charge.
   c) Identifier et agir promptement sur les causes possibles qui peuvent conduire à un échec du traitement antituberculeux (Guide TB, Québec, 2017)

Cette ordonnance doit être initiée par un médecin au moment du diagnostic de TB active et de la prescription d'antituberculeux.

Note : Toujours aviser la Santé publique des nouveaux cas de TB active confirmée ou probable. Il s'agit d'une MADO.
Pour toute question qui demeure, contacter le médecin spécialiste : (Adulte) resp-north @mcgill.ca ou (Pédiatrie) mchtb@muhc.mcgill.ca et TOUJOURS mettre la DRSP du Nunavik en copie conforme (cc).
Pour toute urgence, contacter le pneumologue de garde au CUSM (514) 934-1934.

Note importante : Toute prescription médicale individuelle a préséance sur le suivi « Standard » décrit dans cette procédure.

Instruction d'utilisation du protocole

L'ordonnance suivante, une fois signée et datée par le médecin, sert de prescription médicale pour les bilans et les examens paracliniques nécessaires au suivi des patients atteints de TB active. L'infirmière et le médecin cocheront les cases qui se rapportent à leurs tâches au fur et à mesure que les actions auront été prises.

Les prescriptions de médicaments se feront cependant sur les feuilles de prescription spécifiques au traitement de la TB active.

Rédigé par :	Dr Latoya Campbell (CSTU) et Dr Élise Bélanger-Desjardins (CSI) Dr Jean-François Proulx et l'équipe en maladies infectieuses – RRSSSN Dr Faiz Ahmad Khan, Dr David Zielinski (Pneumologue & Consultant TB, CUSM et Nunavik)
Révisé par :	Dr Valérie Messier et Aurélie Heurtebize (RRSSSN) Dr Latoya Campbell (CSTU) et Dr Élise Bélanger-Desjardins (CSI) le 2021-02-24
Approuvé par :	Comité exécutif du CMDPSF du CSI le 2021-04-26 et du CSTU le 2021-04-14

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

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

TUBERCULOSE ACTIVE
ADULTE ET PÉDIATRIQUE
PROTOCOLE DE SUIVI - ORDONNANCE MÉDICALE STANDARD

Temps	Suivi	Interventions et Investigations	Date et signature
Pré-traitement **Temps 0** __/__/__ AA/ MM/ JJ	**MD**	☐ Indiquer résultat du dernier TCT : _____ mm. Date : _____/____/____ ☐ Compléter le formulaire de déclaration MADO et transmettre à la DRSP *DÉTECT TB-DÉCLAR-MADO ASS-70* ☐ Prescrire type d'isolement respiratoire : ○ Isolement à domicile ET traitement die X 14 jours dûment complété (à envisager selon : évaluation médicale, conditions environnantes appropriées et consultation avec la santé publique[1]) **OU** ○ Hospitalisation en isolement respiratoire : transfert selon le protocole « Guide de triage par Genexpert ». ☐ Prescrire : ○ Recherche de BK par expectoration provoquée, sauf si contre-indiqué : GeneXpert (PCR) X1 et BK X 3 ○ FSC, bilan hépatique, Créat., Hep BsAg, anti-HCV, _____ ○ VIH[2] (consentement verbal) ○ Syphilis[3] ○ BHCG sanguin PRN ○ Examen ophtalmique au temps 0, 1 et 2 mois et si Ethambutol > 2 mois.	_____ Signature AA/ MM/ JJ
	Inf.	☐ S'assurer que les mesures de protection individuelle /d'isolement sont en place ☐ Si hospitalisation, procéder aux mesures de transfert aérien vers le centre hospitalier concerné selon les recommandations médicales ☐ Si isolement à domicile pour 14 jours *TB ACT/ISOL-DOM* ☐ Enseignement à la clientèle. Dépliants : *TB ACT/FICHE PT-4THÉRAPIE, TB ACT/FICHE PT-INFO-TB-AC)* ☐ Vérifier si contacts à priorité élevée dans son entourage *TB ACT- IDENT-CONTACTS* ☐ Effectuer prélèvements tel que prescrits plus haut par MD ☐ Examen ophtalmique incluant : ○ Test de l'acuité visuelle : Échelle de Snellen (pas chez le nourrisson)* ○ Test de la perception des couleurs : Test d'Ishihara* *Inscrire au formulaire *TB ACT/ITL- EVAL CLIN MENS*	_____ Signature AA/ MM/ JJ

Signature du MD :_____ Nº permis :_____ Date : _____/____/____
AAAA / MM / JJ

[1] Condition: Hospitalisation recommandée pour tous les cas de TB pulmonaire à frottis + ou avec lésion(s) cavitaire(s)
[2] Le VIH est le facteur de risque le plus important associé à la progression de la maladie.
[3] Offrir dépistage de la syphilis chez les 14 ans et plus dû à l'épidémiologie de la région. Référer les résultats pour suivi équipe ITSS.

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

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

TUBERCULOSE ACTIVE
ADULTE ET PÉDIATRIQUE
PROTOCOLE DE SUIVI - ORDONNANCE MÉDICALE STANDARD

Temps	Suivi	Interventions et Investigations	Date et signature
Hospitalisation **Ou** **Isolement à domicile** **1er jour de tx / Date du début du Tx** __/__/__ AA/ MM/ JJ	**MD**	☐ Vérifier si : 1.TB active antérieure : ☐ Oui ☐ Non 2.Hépatite secondaire à antituberculeux antérieure : ☐ Oui ☐ Non ☐ **SI OUI,** (1 ou 2) consulter resp-north@mcgill.ca (adulte) ou mchtb@muhc.mcgill.ca (enfant) ☐ **SI NON,** (1 et 2) débuter trithérapie ou quadrithérapie, phase initiale *TB ACT-PRESC-MÉD-Adulte-Phase 1 ou CAS TB-PRESC-MÉD- Enfant-Phase 1* ☐ Prescrire RXP fin du 2e mois et 5e mois de traitement ☐ Vérifier avec pharmacien si interactions médicamenteuses (ex. : Dilantin) ☐ Counseling contraception si contraceptifs oraux → Privilégier Dépo-Provera, Mirena ou condom	_____ Signature AA/ MM/ JJ
	Inf.	☐ S'assurer de la conformité et du respect des mesures de PCI incluant les mesures d'isolement ☐ Vérifier si BK X 3 complétés avant début de traitement ☐ Cas à frottis positif, faire BK x 3 Q semaine ad négatif x 3 consécutifs (peuvent être faits la même semaine après le premier négatif) ☐ Enseignement à la clientèle (maladie, plan de traitement, effets secondaires et suivis requis) ☐ Faire signer le document TB ACTIVE- INFORMATION SUR LE TRAITEMENT OBLIGATOIRE *TB ACT-MATO* ☐ Compléter le questionnaire d'enquête épidémiologique : *TB ACT_ANNEXE 4* ☐ Débuter le questionnaire Identification des contacts d'un cas de TB active *TB ACT_IDENT-CONTACTS*	_____ Signature AA/ MM/ JJ
Si hospitalisation	**MD**	☐ Déterminer le congé d'hôpital avec la santé publique et/ou spécialiste selon les instructions suivantes : ☐ Si PCR GeneXpert positif ET frottis de départ positif(s) : 3 frottis prélevés Q semaine et congé après 14 jours de traitement une fois que 3 frottis consécutifs négatifs ☐ Si PCR GeneXpert positif/négatif ET 3 frottis de départ négatifs : ○ Congé après 14 jours de traitement complété **OU** ○ Congé précoce, mais isolement à domicile jusqu'à concurrence d'un traitement die X 14 jours dûment complété (basé sur évaluation médicale, conditions environnantes appropriées et consultation avec la santé publique[4]) ☐ Faire suivre une copie du sommaire d'hospitalisation au MD et l'infirmière qui feront le suivi en externe.	_____ Signature AA/ MM/ JJ

Signature du MD :_____ Nº permis :_____ Date : _____/____/____
AAAA / MM / JJ

[4] Condition : Hospitalisation recommandée pour tous les cas de TB active à frottis positif et/ou avec lésion(s) cavitaire(s)

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

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

TUBERCULOSE ACTIVE
ADULTE ET PÉDIATRIQUE
PROTOCOLE DE SUIVI - ORDONNANCE MÉDICALE STANDARD

Temps	Suivi	Interventions et Investigations	Date et signature
Retour dans la communauté ___/___/___ AA/ MM/ JJ	**MD/Inf. du village**	☐ S'assurer du transfert du dossier au village ☐ S'assurer que la pharmacie reçoive la prescription pour les phases 1 et 2 du traitement ☐ Planifier les différentes dates de suivis infirmier et médical prévues dans la présente ordonnance ☐ Organiser la TOD en partenariat avec les travailleurs locaux de la santé – Tenir compte des doses reçues lors de l'hospitalisation. *TB ACT-ENREG-MÉD-Phase 1* ☐ Enseignement à la clientèle du plan de traitement. Si non fait, lecture et signature du document Tb Active- Information Sur Le Traitement Obligatoire *TB ACT-MATO* ☐ Réviser et compléter avec le patient le questionnaire Identification des contacts d'un cas de TB active *TB ACT_IDENT-CONTACTS)*	_____ Signature MD _____ Signature AA/ MM/ JJ
Fin du 1er mois de Tx ___/___/___ AA/ MM/ JJ	**Inf.**	☐ **Suivi mensuel régulier** : Si anormal, aviser le médecin *a.* Suivi de la médication et soutien au client *TB ACT-ENREG-MÉD-Phase 1* b. Évaluation clinique mensuelle *TB ACT-EVAL-CLIN-MENS* c. Sur prescription médicale, bilan hépatique, Créat., FSC (adulte et enfant)	_____ Signature AA/ MM/ JJ
Fin du 2e mois de Tx ___/___/___ AA/ MM/ JJ	**MD**	**Enfants et adultes avec TB probable (non confirmée par laboratoire) :** ☐ Diagnostic de TB probable maintenu d'emblée (poursuivre traitement), puis : ☐ Discuter si le diagnostic de TB active est maintenu ou révoqué avec le spécialiste resp-north@mcgill.ca (adulte) ou mchtb@muhc.mcgill.ca (enfant). Au préalable : ☐ Vérifier tous les résultats de TB bactério ad ce jour (GeneXpert, frottis, cultures) ☐ Vérifier réponse clinique ☐ Vérifier résultat RXP 2e mois ☐ Vérifier l'observance à la médication ☐ Chez l'enfant de > 6 mois, discuter de la pertinence de répéter TCT avec le médecin de santé publique. ☐ Si le diagnostic de TB probable est maintenu et que la souche du cas source présumé est sensible à tout ☐ Cesser EMB (si patient sous EMB)	_____ Signature AA/ MM/ JJ

Signature du MD :_____ Nº permis :_____ Date : _____/____/____
AAAA / MM / JJ

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

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

TUBERCULOSE ACTIVE
ADULTE ET PÉDIATRIQUE
PROTOCOLE DE SUIVI - ORDONNANCE MÉDICALE STANDARD

Temps	Suivi		Date et signature
Fin du 2e mois de Tx (suite) ___/___/___ AA/ MM/ JJ	**MD (suite)**	**Adultes et enfants avec TB confirmée par laboratoire :** ☐ Révision du dossier : ☐ Prescrire BK entre la 7e et 8e semaine PRN [5] ☐ Vérifier résultat RXP 2e mois ☐ Vérifier BK temps 0 et antibiogramme : ○ Si sensible à tout → Cesser EMB (si patient sous EMB) ○ Si résistance médicamenteuse → Contacter spécialiste ○ Si PCR, frottis et cultures négatifs → Contacter spécialiste pour éliminer diagnostic de cancer (adulte) ☐ Fin de la **phase 1** (TOD) du traitement : → s'assurer de la prise complète des **60** doses avant de passer à la phase 2[6] ☐ Débuter **phase 2** du traitement[7] : Prescription- *TB ACT-PRESC-MÉD-Adulte-Phase 2 ou Enfant-Phase 2* ☐ Chez un patient sous EMB : si EMB doit être poursuivi ET test visuel anormal, demande de consultation en ophtalmo. ☐ Autre situation (cas de TB qui nécessite un traitement particulier), Préciser : _____	_____ Signature AA/ MM/ JJ
	Inf.	☐ **Suivi mensuel régulier** : Si anormal, aviser le médecin *a.* Suivi de la médication et soutien au client *TB ACT-ENREG-MÉD-Phase 1 ET prévoir Formulaire : TB ACT-ENREG-MÉD-Phase 2* *b.* Évaluation clinique mensuelle *TB ACT-EVAL-CLIN-MENS* c. Sur prescription médicale, bilan hépatique, Créat., FSC (adulte et enfant) ☐ Effectuer relevé du dossier suite à sa révision par MD ☐ Répéter BK X 3 entre la 7e et 8e semaine PRN[5] tel que prescrit par MD ☐ Faire RXP : PA + Latérale (avec vue lordotique pt ≥ 15 ans) tel que prescrit par MD *SURV-RXP-EVAL*	_____ Signature AA/ MM/ JJ

Signature du MD :_____ Nº permis :_____ Date : _____/____/____
AAAA / MM / JJ

[5] Critères pour BK x 3 : **A)** Cultures initiales positives **B)** Traitement interrompu **C)** Traitement différent du traitement standard. **D)** Résistance médicamenteuse au départ **E)** Spécimen initial inadéquat et ceux répétés par la suite étaient à frottis positif **F)** Cavité observée quelques semaines post début de traitement **G)** Malabsorption intestinale, diabète ou patient immunosupprimé (ex. : VIH).
[6] Si traitement erratique en phase 1, consulter resp-north@mcgill.ca (adulte) ou mchtb@muhc.mcgill.ca (enfant) avant de débuter la phase 2.
[7] **IMPORTANT** : Vérifier le changement de dosage de l'Isoniazide (INH) en phase 2, (sauf cas exceptionnels où le traitement DIE est prévu en phase 2). Le dosage d'INH passe de **5 mg/kg** die en phase 1 à **10 mg/kg** die 3x/semaine en phase 2.

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

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

TUBERCULOSE ACTIVE
ADULTE ET PÉDIATRIQUE
PROTOCOLE DE SUIVI - ORDONNANCE MÉDICALE STANDARD

Temps	Suivi	Interventions et Investigations	Date et signature
Fin du 3e mois de Tx ___/___/___ AA/ MM/ JJ	**Inf.**	☐ **Suivi mensuel régulier** : Si anormal, aviser le médecin *a.* Suivi de la médication et soutien au client *TB ACT-ENREG-MÉD-Phase 2* *b.* Évaluation clinique mensuelle *TB ACT-EVAL-CLIN-MENS* c. Sur prescription médicale, bilan hépatique, Créat. PRN (adulte[7] et enfant[8]) ☐ Vérifier si BK ont dû être répétés à 8 semaines; si oui, vérifier le résultat : ○ Si culture positive : aviser MD et répéter q mois ad négativation des cultures sur prescription médicale	_____ Signature AA/ MM/ JJ
Fin du 4e mois de Tx ___/___/___ AA/ MM/ JJ	**MD**	☐ Révision du dossier ☐ Vérifier BK du 2e mois. ○ Si culture négative : poursuivre le traitement pour un total de 6 mois ○ Si culture positive : consulter resp-north@mcgill.ca (Tx 9 mois possible) ☐ Suivi particulier : _____	_____ Signature AA/ MM/ JJ
	Inf.	☐ **Suivi mensuel régulier** : Si anormal, aviser le médecin *a.* Suivi de la médication et soutien au client *TB ACT-ENREG-MÉD-Phase 2* *b.* Évaluation clinique mensuelle *TB ACT-EVAL-CLIN-MENS* *c.* Sur prescription médicale, bilan hépatique, Créat. PRN (adulte[8] et enfant[9]) ☐ Effectuer relevé du dossier suite à sa révision par MD ☐ BK X 3 PRN sur prescription médicale jusqu'à négativation des cultures	_____ Signature AA/ MM/ JJ
Fin du 5e mois de Tx ___/___/___ AA/ MM/ JJ	**Inf.**	☐ **Suivi mensuel régulier** : Si anormal, aviser le médecin *a.* Suivi de la médication et soutien au client *TB ACT-ENREG-MÉD-Phase 2* b. Évaluation clinique mensuelle *TB ACT-EVAL-CLIN-MEN)* c. Sur prescription médicale, bilan hépatique, Créat. PRN (adulte[7] et enfant[8]) ☐ Faire RXP : PA + Latérale (avec vue lordotique pt ≥ 15 ans) tel que prescrit par MD *SURV-RXP-EVAL* ☐ BK X 3 PRN sur prescription médicale jusqu'à négativation des cultures	_____ Signature AA/ MM/ JJ

Signature du MD :_____ Nº permis :_____ Date : _____/____/____
AAAA / MM / JJ

[8] Si symptomatique OU 50 ans et plus OU si présence d'une des conditions suivantes : grossesse ou accouchement au courant des 3 derniers mois, cirrhose évolutive ou hépatite évolutive chronique toutes causes confondues, hépatite C, hépatite B avec des concentrations de transaminases anormales, consommation quotidienne d'alcool, prise d'autres médicaments hépatotoxiques, antécédents d'hépatite provoquée par des médicaments. (Guide d'intervention – La Tuberculose, MSSS, 2017)

[9] Si symptomatique ou bilan de base anormal.

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

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

TUBERCULOSE ACTIVE
ADULTE ET PÉDIATRIQUE
PROTOCOLE DE SUIVI - ORDONNANCE MÉDICALE STANDARD

Temps	Suivi	Interventions et Investigations	Date et signature
Fin du 6e mois de Tx ___/___/___ AA/ MM/ JJ	**MD**	☐ Révision du dossier : ☐ Vérifier résultat RXP du 5e mois et résultats des cultures de BK ☐ Consulter spécialiste pour ajustement du régime thérapeutique si : - RXP cavitaire au départ - Cultures positives à 8 semaines ou plus de traitement - Tx non standard, incomplet ou erratique - Autre situation particulière : _____ **Si fin de traitement :** ☐ Compléter et signer le formulaire *Issue de traitement* *TB ACT-ISSUE TX* ☐ Transmettre le formulaire *Issue de traitement* à la DRSP ☐ Compléter et signer le suivi clinico-radiologique en post fin de traitement selon le guide: *TB ACT-ITL-CLIN-RADIOL* ☐ Mettre à jour la liste des problèmes (antécédents) au dossier patient **Enfant avec TB non confirmée par laboratoire :** ☐ Valider avec la santé publique si besoin de répéter TCT. Et si oui, à quel moment. ☐ Discuter avec la santé publique et le spécialiste si diagnostic de TB active maintenu ou révoqué.	_____ Signature AA/ MM/ JJ
	Inf.	☐ **Suivi mensuel régulier** : Si anormal, aviser le médecin *a.* Suivi de la médication et soutien au client *TB ACT -ENREG-MÉD-Phase 2* *b.* Évaluation clinique mensuelle *TB ACT-EVAL-CLIN-MENS* c. Sur prescription médicale, bilan hépatique, Créat. si traitement prolongé (adulte, enfant) ☐ Effectuer relevé du dossier suite à sa révision par MD ☐ Planifier suivi clinico-radiologique *TB ACT-ITL-CLIN-RADIOL* **Si fin de traitement :** ☐ Transmettre le formulaire *Issue de traitement* *TB ACT-ISSUE FIN TX* (signé par le médecin) et les documents *ENREG-MÉD, EVAL-CLIN-MENS et CLIN-RADIOL* à la DRSP.	_____ Signature AA/ MM/ JJ

Signature du MD :_____ Nº permis :_____ Date : _____/____/____
AAAA / MM / JJ

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

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

TUBERCULOSE ACTIVE
ADULTE ET PÉDIATRIQUE
PROTOCOLE DE SUIVI - ORDONNANCE MÉDICALE STANDARD

Grille pour mois supplémentaires : Retard de traitement de la période visée OU traitement de 9 / 12 mois

Temps	Suivi	Interventions et Investigations	Date et signature
Fin du 7e mois de Tx ___/___/___ AA/ MM/ JJ	**Inf.**	☐ **Suivi mensuel régulier** : Si anormal, aviser le médecin *a.* Suivi de la médication et soutien au client *TB ACT-ENREG-MÉD-Phase 2* b. Évaluation clinique mensuelle *TB ACT-EVAL-CLIN-MENS* c. Sur prescription médicale, bilan hépatique, Créat. PRN (adulte[7] et enfant[8)]	_____ Signature AA/ MM/ JJ
Fin du 8e mois de Tx ___/___/___ AA/ MM/ JJ	**Inf.**	☐ **Suivi mensuel régulier** : Si anormal, aviser le médecin *a.* Suivi de la médication et soutien au client *TB ACT-ENREG-MÉD-Phase 2* b. Évaluation clinique mensuelle *TB ACT-EVAL-CLIN-MEN)* c. Sur prescription médicale, bilan hépatique, Créat. PRN (adulte[7] et enfant[8)] ☐ Faire RXP : PA + Latérale (avec vue lordotique pt ≥ 15 ans) tel que prescrit par MD *SURV-RXP-EVAL* ☐ Préparation du dossier pour révision médicale à la fin du 9e mois.	_____ Signature AA/ MM/ JJ
Fin du 9e mois de Tx ___/___/___ AA/ MM/ JJ	**MD**	☐ Révision du dossier ☐ Vérifier résultat RXP du 8e mois ☐ Consulter spécialiste si : - RXP anormale ou cavités au départ - BK positifs en cours de Tx - Tx prolongé, non standard, incomplet ou erratique **Si traitement terminé :** ☐ Compléter et signer le formulaire *Issue de traitement* *TB ACT-ISSUE TX* ☐ Transmettre le formulaire *Issue de traitement* à la DRSP ☐ Planifier suivi clinico-radiologique en post fin de traitement selon le guide de suivi clinico-radiologique *TB ACT-ITL-CLIN-RADIOL* ☐ Mettre à jour la liste des problèmes (antécédents) au dossier patient	_____ Signature AA/ MM/ JJ
	Inf.	☐ **Suivi mensuel régulier** : Si anormal, aviser le médecin *a.* Suivi de la médication et soutien au client *TB ACT-ENREG-MÉD-Phase 2* b. Évaluation clinique mensuelle *TB ACT-EVAL-CLIN-MENS* c. Sur prescription médicale, bilan hépatique, Créat. PRN (adulte[7] et enfant[8)] ☐ Effectuer relevé du dossier suite à sa révision par MD ☐ Planifier suivi clinico-radiologique	_____ Signature AA/ MM/ JJ

Pour traitement de 12 mois, répéter les interventions des 7e, 8e et 9e mois aux mois 10, 11 et 12.

Signature du MD :_____ Nº permis :_____ Date : _____/____/____
AAAA / MM / JJ