



- CENTRE DE SANTE TULATTAVIK DE L'UNGAVA  
 CENTRE DE SANTE INNULITSIVIK

**CONSULTATION  
 EN RADIOLOGIE DIAGNOSTIQUE  
 Tuberculose (TB)**

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

<p><b>Examen demandé : POUMONS</b></p> <p><input checked="" type="checkbox"/> Postéro-Antérieur    <input checked="" type="checkbox"/> Latéral    <input checked="" type="checkbox"/> Lordotique</p> <hr/> <p>Examen antérieur <input type="checkbox"/> Oui    <input type="checkbox"/> Non</p> <p><input type="checkbox"/> Hospitalisé    <input type="checkbox"/> Urgence    <input type="checkbox"/> Externe</p> <p><input type="checkbox"/> Ambulant    <input type="checkbox"/> Fauteuil    <input type="checkbox"/> Civière    <input type="checkbox"/> Au lit</p>	<p>Date prévue de la RXP (aaaa/mm/jj) : _____</p> <hr/> <p><u>Notes infirmières</u> : _____</p> <hr/> <hr/> <hr/> <hr/>		
<p><input checked="" type="checkbox"/> Lecture rapide svp    Patiente enceinte <input type="checkbox"/> Oui    <input type="checkbox"/> Non</p>	<p><u>Commentaires Médecin</u> :</p> <hr/> <hr/>		
<p>Dernier TCT : _____ mm    Date (aaaa/mm/jj) : _____</p> <p><input type="checkbox"/> TB active antérieure    Année(s) : _____</p> <p><input type="checkbox"/> ITL antérieure    Année : _____</p>	<p>Signature : _____ # Licence : _____</p> <p>Date de la requête (aaaa/mm/jj) : _____</p>		
<p><b>Indication</b> : Cocher un seul choix parmi les protocoles suivants :</p> <table style="width:100%;"> <tr> <td style="width:50%; vertical-align: top;"> <ol style="list-style-type: none"> <li>1. <input type="checkbox"/> Suspicion de TB active SANS contact connu de TB</li> <li>2. <input type="checkbox"/> Investigation d'un contact TB asymptomatique</li> <li>3. <input type="checkbox"/> Investigation d'un contact TB symptomatique</li> <li>4. <input type="checkbox"/> Traitement de TB active en cours : <u>nombre</u> mois de tx</li> <li>5. <input type="checkbox"/> Évaluation pré-prophylaxie</li> <li>6. <input type="checkbox"/> Dépistage populationnel/ciblé</li> </ol> </td> <td style="width:50%; vertical-align: top;"> <ol style="list-style-type: none"> <li>7. <input type="checkbox"/> Suivi clinico-radiologique (SCR) :            RXP # _____ d'une série de <u>nombre</u> ad année _____           <ol style="list-style-type: none"> <li>a) <input type="checkbox"/> SCR post traitement ITL/TB active</li> <li>b) <input type="checkbox"/> SCR pour prophylaxie inadéquate</li> <li>c) <input type="checkbox"/> SCR post-réexposition (contact étroit) à un cas de TB frottis positif</li> </ol>           Date du dernier contact (aaaa/mm/jj) : _____         </li> </ol> </td> </tr> </table>		<ol style="list-style-type: none"> <li>1. <input type="checkbox"/> Suspicion de TB active SANS contact connu de TB</li> <li>2. <input type="checkbox"/> Investigation d'un contact TB asymptomatique</li> <li>3. <input type="checkbox"/> Investigation d'un contact TB symptomatique</li> <li>4. <input type="checkbox"/> Traitement de TB active en cours : <u>nombre</u> mois de tx</li> <li>5. <input type="checkbox"/> Évaluation pré-prophylaxie</li> <li>6. <input type="checkbox"/> Dépistage populationnel/ciblé</li> </ol>	<ol style="list-style-type: none"> <li>7. <input type="checkbox"/> Suivi clinico-radiologique (SCR) :            RXP # _____ d'une série de <u>nombre</u> ad année _____           <ol style="list-style-type: none"> <li>a) <input type="checkbox"/> SCR post traitement ITL/TB active</li> <li>b) <input type="checkbox"/> SCR pour prophylaxie inadéquate</li> <li>c) <input type="checkbox"/> SCR post-réexposition (contact étroit) à un cas de TB frottis positif</li> </ol>           Date du dernier contact (aaaa/mm/jj) : _____         </li> </ol>
<ol style="list-style-type: none"> <li>1. <input type="checkbox"/> Suspicion de TB active SANS contact connu de TB</li> <li>2. <input type="checkbox"/> Investigation d'un contact TB asymptomatique</li> <li>3. <input type="checkbox"/> Investigation d'un contact TB symptomatique</li> <li>4. <input type="checkbox"/> Traitement de TB active en cours : <u>nombre</u> mois de tx</li> <li>5. <input type="checkbox"/> Évaluation pré-prophylaxie</li> <li>6. <input type="checkbox"/> Dépistage populationnel/ciblé</li> </ol>	<ol style="list-style-type: none"> <li>7. <input type="checkbox"/> Suivi clinico-radiologique (SCR) :            RXP # _____ d'une série de <u>nombre</u> ad année _____           <ol style="list-style-type: none"> <li>a) <input type="checkbox"/> SCR post traitement ITL/TB active</li> <li>b) <input type="checkbox"/> SCR pour prophylaxie inadéquate</li> <li>c) <input type="checkbox"/> SCR post-réexposition (contact étroit) à un cas de TB frottis positif</li> </ol>           Date du dernier contact (aaaa/mm/jj) : _____         </li> </ol>		
<p><b>PROTOCOLE RADIOLOGIQUE (Partie réservée au technologue en radiologie)</b></p> <p>Nombre d'images : _____    Signature : _____</p> <hr/> <hr/> <hr/> <hr/>			