



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



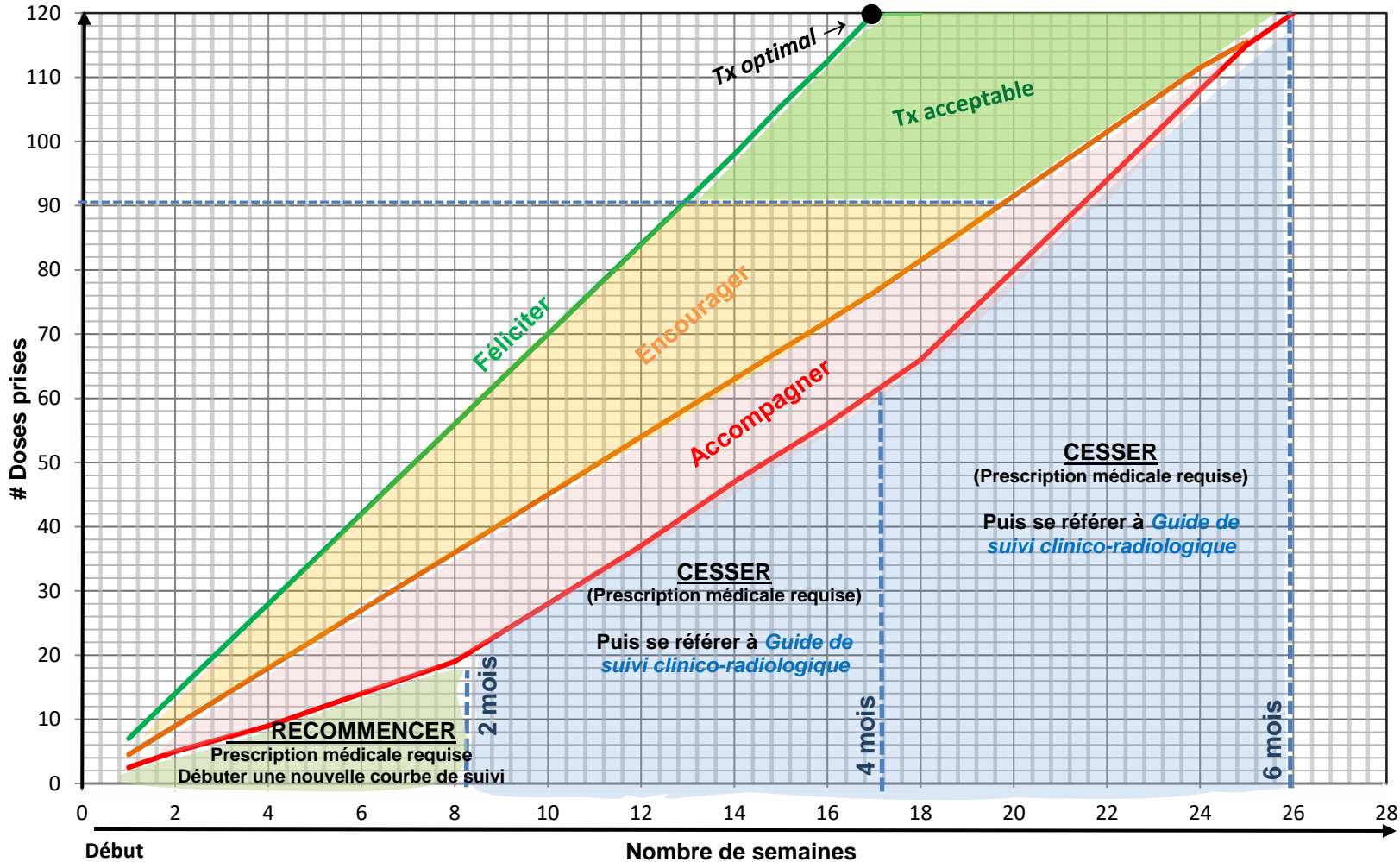
ᐅᓄᓐᓂ ᐅᓂᓂᓐ ᓂᓄᓂᓐᓂᓐ
UNGAVA TULLATTAVIK HEALTH CENTER
CENTRE DE SANTÉ TULLATTAVIK DE L'UNGAVA

IDENTIFICATION

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

COURBE D'OBSERVANCE – RIFAMPICINE 4 MOIS AUTO ADMINISTRÉE PROPHYLAXIE DE L'INFECTION TUBERCULEUSE LATENTE (ITL) – RIFAMPICINE 4 MOIS AUTO ADMINISTRÉE CONDUITE RECOMMANDÉE SELON LE NIVEAU D'OBSERVANCE



Date et résultat du TCT significatif:

Date : ____ / ____ / ____

Résultat: ____ mm

Prophylaxie

Date de la première dose: ____ / ____ / ____

Date de la dernière dose: ____ / ____ / ____

Nbre total de doses prises: _____

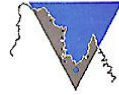
Si cessation, raison: _____

Date du bilan final: ____ / ____ / ____

Signature infirmière



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



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

IDENTIFICATION

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

Titre	COURBE D'OBSERVANCE – RIFAMPICINE 4 MOIS AUTO ADMINISTRÉE
CODE de Boîte à outils TB	DSPu-TB_ITL_COURBE-RIF
Date de modification	2024-05-17

BUT

- S'assurer d'une prophylaxie optimale contre l'infection tuberculeuse latente afin de prévenir l'apparition d'une tuberculose active.
- Prévenir l'apparition de souches de *Mycobacterium tuberculosis* résistantes à la Rifampicine.

OBJECTIFS

- Offrir un suivi optimal et régulier aux personnes avec une ITL en cours de traitement.
- Identifier rapidement les problèmes d'observance et offrir le soutien approprié.
- S'assurer d'un taux de complétion des doses dans la période définie (120 doses en 4 mois – maximum 6 mois).

RESPONSABILITÉS

- **Infirmière** : Utilise adéquatement la courbe d'observance tout au long de la prophylaxie en suivant la présente procédure.
- **Médecin** : - **S'assure d'exclure une tuberculose active avant d'amorcer une prophylaxie.**
- Selon les indications de la présente courbe d'observance, prescrit les recommandations de suivi clinico-radiologique en complétant et signant l'outil [Guide de suivi clinico-radiologique \(TB-ACT-ITL_GUIDE-SCR\)](#).

PROCÉDURE

- Commencer l'inscription du nombre de doses prises **dès** la 2^e visite. Valider le nombre de doses prises le plus précisément possible.
- Indiquer par un point sur la courbe le nombre de doses prises selon le nombre de semaines depuis le début du traitement. Si le point est dans la :
 - Zone jaune « **Encourager** » → Reconnaître l'avancement, bien que sous-optimal de la prophylaxie et encourager la personne à poursuivre la médication.
 - Zone rose « **Accompagner** » → Identifier les causes du retard et mettre en place les moyens pour faciliter la prise de la médication.
 - Zone verte « **Recommencer** » → Discuter des obstacles à l'observance et convenir avec la personne, s'il y a lieu, d'une reprise de la médication. Aviser le médecin pour une nouvelle prescription ou un autre suivi.
 - Zone bleue « **Cesser** » → Vous référer au médecin pour qu'il prescrive le suivi recommandé selon les indications du [Guide de suivi clinico-radiologique](#).
- La décision de cesser la médication doit être prise par le médecin traitant sauf si la personne refuse ou abandonne la prophylaxie d'elle-même.
- Si la personne refuse de continuer la médication, référer au médecin pour qu'il prescrive le suivi recommandé selon le [Guide de suivi clinico-radiologique](#).
- Inscrire la raison de cessation dans la case « *Si cessation, raison* ».
- Inscrire la date de fin de la prophylaxie (**la date de prise de la dernière dose**).
- Une fois le traitement terminé ou cessé, transmettre la courbe d'observance complétée à Tuberculose Sante Publique (RRSSSN) tuberculose-santepublique.nrbhss@ssss.gouv.qc.ca et [Tuberculose Saisie \(RRSSSN\) tuberculose.saisie.rr17@ssss.gouv.qc.ca](mailto:Tuberculose Saisie (RRSSSN) tuberculose.saisie.rr17@ssss.gouv.qc.ca).

(DSPu-TB_ITL_COURBE-RIF, V2024-05-17)