



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

Programme de Tuberculose Prescription médicale
PROPHYLAXIE TUBERCULOSE PÉRIODE FENÊTRE - ENFANT 2 à 4 ans 3HP – RIFAPENTINE et ISONIAZIDE TOD
Allergies : <input type="checkbox"/> Nil ou Préciser : _____



ENFANT de 2 à 4 ans

Date de prescription : ____/____/____
 AAAA-MM-JJ

Poids: ____ kg

3HP – Rifapentine (RPT) et Isoniazide (INH) administré une fois/semaine sous TOD pour la durée de la période fenêtre ou jusqu'à concurrence de 12 doses/12 semaines

PÉRIODE FENÊTRE* – Enfant 2 à 4 ans

Rifapentine (RPT) (max.: 900 mg), soit :

- 10-14.0 kg: 300 mg
- 14.1-25.0 kg: 450 mg
- 25.1-32.0 kg: 600 mg
- 32.1-49.9 kg: 750 mg
- ≥50.0 kg: 900 mg

Isoniazide (INH) (max.: 900 mg), soit:

(Arrondir à la dose de 50 mg supérieure au besoin)

- 25 mg/kg

Pyridoxine (vit. B6) (max.: 50 mg) :

- 2 mg/kg

À COMPLÉTER PAR LA PHARMACIE :
RPT : ____ mg PO 1x/semaine x 12 doses (maximum)
INH : ____ mg PO 1x/semaine x 12 doses (maximum)
Vit. B6 : ____ mg PO 1x/semaine x 12 doses (maximum)

* Si TCT POST PÉRIODE FENÊTRE non significatif, cesser prophylaxie période-fenêtre 3HP sur prescription médicale.

Si TCT POST PÉRIODE FENÊTRE significatif et TB active exclue, poursuivre le traitement de l'ITL avec le 3HP jusqu'à concurrence de 12 doses/12 semaines (période-fenêtre comprise) en complétant la prescription 3HP ([DSPu-TB_ITL_PRESC-MED-3HP](#)) et le protocole de suivi 3HP ([DSPu-TB_ITL_PROT-SUIVI-3HP](#)).

Signature du médecin : _____ Licence # : _____

Lettres moulées : _____

<i>J'atteste que cette prescription, transmise par télécopieur ou courriel, sera considérée comme étant valide et l'unique originale. La pharmacie mentionnée plus bas en est la seule destinataire. La prescription ne sera pas réutilisée ou dupliquée.</i>			
Cocher le nom du village d'origine et la pharmacie concernée :			
Centre de santé Inuulitsivik		Centre de santé Tulattavik de l'Ungava	
<input type="checkbox"/> Salluit 819 255-9090 <input type="checkbox"/> Ivujivik 819 922-9090 <input type="checkbox"/> Akulivik 819 496-9090 <input type="checkbox"/> Inukjuak 819 254-9090 <input type="checkbox"/> Umiujaq 819 331-9090 <input type="checkbox"/> Kuujuarapik 819 929-9090	<input type="checkbox"/> PHARMACIE VOYER, MONTRÉAL Tél. : 1 877 426-0406 Télécopieur : 1 877 426-0546 pharmacie.voyer.csi@ssss.gouv.qc.ca	<input type="checkbox"/> Kangiqsualujuaq 819 337-9090 <input type="checkbox"/> Kuujuaq 819 964-2905 <input type="checkbox"/> Aupaluk 819 491-9090 <input type="checkbox"/> Kangirsuk 819 935-9090 <input type="checkbox"/> Quaqtaq 819 492-9090 <input type="checkbox"/> Kangiqsujuaq 819 338-9090 <input type="checkbox"/> Tasiujaq 819 633-9090	<input type="checkbox"/> PHARMACIE TULATTAVIK, KUUJJUAQ Tél. : 819 964-2905 # 201/277 Fax : 819 964-0035 pharmacy.kuujuaq@ssss.gouv.qc.ca
<input type="checkbox"/> Puvirnituq 819 988-9090	<input type="checkbox"/> PHARMACIE INUULITSIVIK, PUVIRNITUQ Tél. : 819 988-2957 #263 Fax : 819 988-2551 pharmacie.pov@ssss.gouv.qc.ca		