



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 ᐅᓂᓐᓂᓐ ᐅᓂᓐᓂᓐ ᐅᓂᓐᓂᓐ  
**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  
 EMBOSSE HERE THE CARD OF IHC OR UTHC,  
 IF NOT AVAILABLE, WRITE THE NAME, SURNAME,  
 DATE OF BIRTH AND FILE NUMBER

<b>Programme de Tuberculose Prescription médicale</b>
<b>TRAITEMENT TUBERCULOSE ACTIVE Phase de continuation - ADULTE</b>
Allergies : <input type="checkbox"/> Nil ou Préciser : _____
<input type="checkbox"/> Grossesse: _____ semaines <input type="checkbox"/> Allaitement



**ADULTE (15 ans et plus)**  
 Date de prescription : \_\_\_\_ / \_\_\_\_ / \_\_\_\_  
 AAAA-MM-JJ

Poids : \_\_\_\_ kg

**PHASE DE CONTINUATION<sup>1</sup> (PHASE 2)**

- 1) **Isoniazide (INH)** 15 mg/kg (max. : 900 mg), soit :
- 2) **Rifampicine (RIF)** 10 mg/kg (10-12 mg/kg) (pas de max.), soit :
- 3) **Pyridoxine (vit. B6)** 2 mg/kg (max. : 50 mg), soit :
- 4) \_\_\_\_\_, soit :

**À COMPLÉTER PAR LA PHARMACIE :**

\_\_\_\_\_ mg PO 3x/semaine X \_\_\_\_\_ doses  
 \_\_\_\_\_ mg PO 3x/semaine X \_\_\_\_\_ doses  
 \_\_\_\_\_ mg PO 3x/semaine X \_\_\_\_\_ doses  
 \_\_\_\_\_ mg PO 3x/semaine X \_\_\_\_\_ doses

Signature du médecin : \_\_\_\_\_

Lettres moulées : \_\_\_\_\_ Licence # : \_\_\_\_\_

<sup>1</sup> Traitement en thérapie d'observation directe (TOD) 3x/semaine (lun-mer-ven) d'une durée de 4 à 10 mois (1 mois = 30 jours, donc : 4 mois = 51 doses, 7 mois = 90 doses, 10 mois = 120 doses)  
 (Ex. calcul du nombre de doses : 4 mois = 30 jrs / mois X 4 = 120 jrs ou 120 jrs / 7 = 17 semaines X TOD 3x/semaine = 51 doses)  
 TOD à débiter après la prise des 60 doses de la phase initiale débutée le : aaaa / mm / jj

<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 :			
<b>Centre de santé Inuulitsivik</b>		<b>Centre de santé Tulattavik de l'Ungava</b>	
<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"/> <b>PHARMACIE VOYER, MONTRÉAL</b> Tél. : 1 877 426-0406 Télécopieur : 1 877 426-0546 <a href="mailto:pharmacie.voyer.csi@ssss.gouv.qc.ca">pharmacie.voyer.csi@ssss.gouv.qc.ca</a>	<input type="checkbox"/> Kangisualujuaq 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"/> Quaqtuaq 819 492-9090 <input type="checkbox"/> Kangisujuaq 819 338-9090 <input type="checkbox"/> Tasiujaq 819 633-9090	<input type="checkbox"/> <b>PHARMACIE TULATTAVIK, KUUJJUAQ</b> Tél. : 819 964-2905 # 201/277 Fax : 819 964-0035 <a href="mailto:pharmacy.kuujuaq@ssss.gouv.qc.ca">pharmacy.kuujuaq@ssss.gouv.qc.ca</a>
<input type="checkbox"/> Puvirnituq 819 988-9090	<input type="checkbox"/> <b>PHARMACIE INUULITSIVIK, PUVIRNITUQ</b> Tél. : 819 988-2957 #263 Fax : 819 988-2551 <a href="mailto:pharmacie.pov@ssss.gouv.qc.ca">pharmacie.pov@ssss.gouv.qc.ca</a>		