ᓄᓇᕗᑦᑏ ᐃᓗᓯᓕᕆᓂᕐᒧᑦ ᑲᑎᒪᔨᖅ
RÉGIE RÉGIONALE DE LA SANTÉ ET DES SERVICES SOCIAUX DU NUNAVIK
NUNAVIK REGIONAL BOARD OF HEALTH AND SOCIAL SERVICES

Inuulitsivik

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

ᐅᖓᓕᒥ ᑐᓚᑦᑕᐃᑦ ᖃᓄᐃᑦᑎᔪᓐᓂᒧᑦ
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

ENREGISTREMENT DE LA MÉDICATION – TB ACTIVE

PHASE DE CONTINUATION (PHASE 2) = Durée de 4 à 10 mois

Date du début de la phase 2 [1] :aaaa / mm / jj Date de la fin de la phase 2 [2] : aaaa / mm / jj

Aviser le médecin traitant et la DSPu tuberculose-santepublique.nrbhss@ssss.gouv.qc.ca
si 3 doses consécutives sont manquées ou si la compliance est erratique

Type de TOD	Fréquence de la TOD	Durée du traitement prescrit / nombre de doses à donner
☐ TOD standard :	☐ 3x/semaine (lundi, mercredi et vendredi)	☐ 4 mois = 51 doses ☐ 7 mois = 90 doses ☐ 10 mois = 120 doses
☐ TOD alternative :	☐ DIE	☐ Autre (préciser)_____

Inscrire le mois et l'année :

Inscrire les dates du calendrier →																																								
Jours semaine →	**L**	**M**	**M**	**J**	**V**	**S**	**D**	**L**	**M**	**M**	**J**	**V**	**S**	**D**	**L**	**M**	**M**	**J**	**V**	**S**	**D**	**L**	**M**	**M**	**J**	**V**	**S**	**D**	**L**	**M**	**M**	**J**	**V**	**S**	**D**	**L**	**M**
Isoniazide (INH) ____mg po																																								
Rifampicine (RIF)____mg po																																								
Vitamine B6 ____mg po																																								
Autre, préciser :																																								
Autre, préciser :																																								
Nbre de doses[3] (cumulatif)																																								

Commentaires : _____

[1] La phase de continuation débute après la prise des 60 doses prescrites à la phase initiale. Inscrire la date de la première dose prise de la phase de continuation.
[2] Inscrire la date de la dernière dose prise du nombre total de doses prescrites.
[3] Dans le cadre d'une TOD standard, ne pas poursuivre le décompte des doses de la phase 1. Débuter un nouveau décompte des doses pour atteindre le nombre total de doses prescrites à la fin du traitement.

- Inscrire vos **initiales** dans chacune des cases où les médicaments sont administrés en **TOD**.
- Inscrire **AA** dans les cases où les médicaments sont **auto-administrés** lors de situations particulières;
- Inscrire ☒ dans les cases où la dose prévue n'a pas été prise. **NOTE**: les doses omises doivent être reprises avant le début de la phase 2.

Signature et # permis	Initiales	Signature et # permis	Initiales	Signature et # permis	Initiales