ᓄᓇᕗᒻᒥ ᐃᓗᓯᓕᓂᕐᒧᑦ ᑲᑎᖓᑦ
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

ᐅᖓᕐᒥ ᑐᓚᑦᑕᐅᑦ ᖃᓄᐃᑦᑭᓯᐊᕐᓂᒧᑦ
UNGAVA TULATTAVIK HEALTH CENTER
CENTRE DE SANTÉ TULATTAVIK DE L'UNGAVA

IDENTIFICATION DES CONTACTS D'UN CAS DE TB ACTIVE

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

RENSEIGNEMENTS CLINIQUES

Date de début de la toux : _____/_____/____ aaaa/mm/jj	Date du diagnostic : _____/_____/____ aaaa/mm/jj	Date du début du traitement : _____/_____/____ aaaa/mm/jj
GeneXpert-PCR : ☐ Positif ☐ Négatif	Frottis : ☐ Positif → (1+) (2+) (3+) (4+) ☐ Douteux ☐ Négatif	Culture : ☐ Positif ☐ Négatif
Radiographie pulmonaire : ☐ Normale	☐ Anormale, sans évidence de TB active ☐ Anormale, compatible avec TB active ☐ Anormale, lésions cavitaires TB active probable	
Consommateur de cannabis ou autre drogue inhalée : ☐ OUI ☐ NON		

Période de contagiosité : Date de début[1] : _____/_____/____ aaaa/mm/jj **Date de fin[2] : :** _____/_____/_____ aaaa/mm/jj

NOTE : Se référer à la période de contagiosité comprise entre ces dates pour effectuer la recherche de contacts

[1] Date déterminée et transmise par la Direction de santé publique (selon la date du début des symptômes ET selon les résultats de radiographie pulmonaire (cavitaire ou non) et des analyses bactériologiques (notamment les frottis) du cas de TB active.

[2] Date du 1er frottis négatif d'une série de 3 frottis négatifs (si frottis positif au départ), sinon date de la 14e journée de traitement

Signature de l'infirmière qui effectue l'entrevue : _____ Date : _____/_____/_____ aaaa/mm/jj

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

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

IDENTIFICATION DES CONTACTS D'UN CAS DE TB ACTIVE

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

ACTIVITÉS DE VIE QUOTIDIENNES

Avant de procéder à l'identification des contacts, il est suggéré de mieux connaître quelles sont les activités de vie quotidiennes de l'usager. Dans le tableau qui suit, inscrire l'horaire usuel de l'usager (ex : les périodes de temps où il est à la maison, à l'école, au travail, dans un autre lieu).

Période de la journée	Semaine (lundi au vendredi)	Fin de semaine (samedi - dimanche)
Avant-midi		
Après-midi		
Soir		
Nuit		

ᓄᓇᕗᒻᒥ ᐃᓗᓯᓕᓂᕐᒧᑦ ᑲᑎᒪᔨᖅᑐᑦ
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

ᐅᖓᕐᒥ ᑐᓚᑦᑕᐃᑦ ᖃᓄᐃᑦᑭᓯᐊᖅᑐᒧᑦ
UNGAVA TULATTAVIK HEALTH CENTER
CENTRE DE SANTÉ TULATTAVIK DE L'UNGAVA

IDENTIFICATION DES CONTACTS D'UN CAS DE TB ACTIVE

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

MAISONNÉE : RÉSIDENTS

S'il manque d'espace, faire une copie de la présente feuille

Résidence principale : # _____

Liste des résidents permanents de la maison durant la période de contagiosité :

Nom	No dossier	Date de naissance	Âge	Sexe (M / F)	Lien avec l'usager[1]	Chambre[2] (O / N)	THC[3] (O / N)	Symptômes[4] (O / N)
1.		aaaa/mm/jj						
2.		aaaa/mm/jj						
3.		aaaa/mm/jj						
4.		aaaa/mm/jj						
5.		aaaa/mm/jj						
6.		aaaa/mm/jj						
7.		aaaa/mm/jj						
8.		aaaa/mm/jj						
9.		aaaa/mm/jj						
10.		aaaa/mm/jj						
11.		aaaa/mm/jj						

Légende :
1. Exemples de lien : père, mère, frère, sœur, oncle, tante, cousin(e), ami, grands-parents, etc.
2. Est-ce que l'occupant dort dans la même chambre que l'usager?
3. THC = cannabis. Y a-t-il eu partage de cannabis ou autre drogue inhalée avec l'usager?
4. Symptômes compatibles avec une TB active observés chez le contact (ex. : toux persistante, perte de poids notable, fatigue, etc.) ?

ᓄᓇᕗᑦᑎ ᐃᓗᓯᓕᓇᓂᕐᒧᑦ ᑲᑎᒪᔨᖅᑕ
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

ᐅᖓᕐᒥ ᑐᓚᑦᑕᐅᑦ ᖃᓄᐃᑦᑭᓯᐊᕐᓂᒧᑦ
UNGAVA TULATTAVIK HEALTH CENTER
CENTRE DE SANTÉ TULATTAVIK DE L'UNGAVA

IDENTIFICATION DES CONTACTS D'UN CAS DE TB ACTIVE

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

MAISONNÉE : VISITEURS

Liste des personnes qui ont visité la maisonnée durant la période de contagiosité :

Nom	No dossier	Date de naissance	Âge	Sexe (M / F)	Lien avec l'usager[1]	**Fréquence et durée**[2]	Date de dernier contact	Dormi[3] (O / N)	THC[4] (O / N)	Symptômes[5] (O / N)
12.		aaaa/mm/jj					aaaa/mm/jj			
13.		aaaa/mm/jj					aaaa/mm/jj			
14.		aaaa/mm/jj					aaaa/mm/jj			
15.		aaaa/mm/jj					aaaa/mm/jj			
16.		aaaa/mm/jj					aaaa/mm/jj			
17.		aaaa/mm/jj					aaaa/mm/jj			
18.		aaaa/mm/jj					aaaa/mm/jj			
19.		aaaa/mm/jj					aaaa/mm/jj			
20.		aaaa/mm/jj					aaaa/mm/jj			
21.		aaaa/mm/jj					aaaa/mm/jj			.

Légende :
1. Exemples de lien : père, mère, frère, sœur, cousin, ami, tante, beau-frère, ami des enfants ou des parents, etc.
2. **Important de bien remplir cette section !** Inscrire le nombre de visites par semaine et le nombre d'heures habituel de ces visites.
3. Est-il arrivé que le visiteur dorme dans la même chambre que celle de l'usager ? Si oui, indiquer la fréquence.
4. THC = cannabis. Y a-t-il eu partage de cannabis ou autre drogue inhalée avec l'usager?
5. Symptômes compatibles avec une TB active observés chez le contact (ex. : toux persistante, perte de poids notable, fatigue, etc.) ?

ᓄᓇᕗᒻᒥ ᐃᓗᓯᓕᓇᓂᕐᒧᑦ 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

ᐅᖓᕆᒥ ᑐᓚᑦᑕᐃᓐ ᖃᓄᐃᓯᕆᔨᓂᕐᒧᑦ
UNGAVA TULATTAVIK HEALTH CENTER
CENTRE DE SANTÉ TULATTAVIK DE L'UNGAVA

IDENTIFICATION DES CONTACTS D'UN CAS DE TB ACTIVE

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

MAISONNÉE : VISITEURS (SUITE)

S'il manque d'espace, faire une copie de la présente feuille

Liste des personnes qui ont visité la maisonnée lors de la période de contagiosité :

Nom	No dossier	Date de naissance	Âge	Sexe (M / F)	Lien avec l'usager[1]	**Fréquence et durée**[2]	Date de dernier contact	Dormi[3] (O / N)	THC[4] (O / N)	Symptômes[5] (O / N)
22.		aaaa/mm/jj					aaaa/mm/jj			
23.		aaaa/mm/jj					aaaa/mm/jj			
24.		aaaa/mm/jj					aaaa/mm/jj			
25.		aaaa/mm/jj					aaaa/mm/jj			
26.		aaaa/mm/jj					aaaa/mm/jj			
27.		aaaa/mm/jj					aaaa/mm/jj			
28.		aaaa/mm/jj					aaaa/mm/jj			
29.		aaaa/mm/jj					aaaa/mm/jj			
30.		aaaa/mm/jj					aaaa/mm/jj			
31.		aaaa/mm/jj					aaaa/mm/jj			.

Légende :
1. Exemples de lien : père, mère, frère, sœur, cousin, ami, ami des enfants ou des parents, etc.
2. **Important de bien remplir cette section!** Inscrire le nombre de visites par semaine et le nombre d'heures habituel de ces visites
3. Est-il arrivé que le visiteur dorme dans la même chambre que celle de l'usager? Si oui, indiquer la fréquence.
4. THC = cannabis. Y a-t-il eu partage de cannabis ou autre drogue inhalée avec l'usager ?
5. Symptômes compatibles avec une TB active observés chez le contact (ex. : toux persistante, perte de poids notable, fatigue, etc.) ?

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

IDENTIFICATION DES CONTACTS D'UN CAS DE TB ACTIVE

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

MAISONNÉES VISITÉES

Durant la période de contagiosité, est-il arrivé que l'usager ait visité d'autres maisonnées ? ☐ Oui ☐ Non

Liste des maisons visitées et des personnes présentes lors des visites de l'usager durant la période de contagiosité :

Nom	No dossier	Date de naissance	Âge	Sexe (M / F)	No maison	Lien avec l'usager[1]	**Fréquence et durée**[2]	Date de dernier contact	Dormi[3] (O / N)	THC[4] (O / N)	Symptômes[5] (O / N)
32.		aaaa/mm/jj						aaaa/mm/jj			
33.		aaaa/mm/jj						aaaa/mm/jj			
34.		aaaa/mm/jj						aaaa/mm/jj			
35.		aaaa/mm/jj						aaaa/mm/jj			
36.		aaaa/mm/jj						aaaa/mm/jj			
37.		aaaa/mm/jj						aaaa/mm/jj			
38.		aaaa/mm/jj						aaaa/mm/jj			
39.		aaaa/mm/jj						aaaa/mm/jj			
40.		aaaa/mm/jj						aaaa/mm/jj			

Légende :
1. Exemples de lien : père, mère, frère, sœur, cousin, tante, ami, enfants, ami des enfants ou des personnes présentes, etc.
2. **Important de bien remplir cette section !** Inscrire le nombre de visites par semaine et le nombre d'heures habituel de ces visites
3. Est-il arrivé que l'usager dorme dans la même chambre que celle du contact ? Si oui, à quelle fréquence ?
4. THC = cannabis. Y a-t-il eu partage de cannabis ou autre drogue inhalée avec l'usager?
5. Symptômes compatibles avec une TB active observés chez le contact (ex. : toux persistante, perte de poids notable, fatigue, etc.) ?

ᓄᓇᕗᒻᒥ ᐃᓗᓯᓕᓇᓂᕐᒧᑦ ᑲᑎᒪᔨᑦ
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

ᐅᖓᕈᒥ ᑐᓚᑦᑕᐃᑦ ᖃᓄᐃᑦᑭᓯᐊᕐᓂᒧᑦ
UNGAVA TULATTAVIK HEALTH CENTER
CENTRE DE SANTÉ TULATTAVIK DE L'UNGAVA

IDENTIFICATION DES CONTACTS D'UN CAS DE TB ACTIVE

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

MAISONNÉES VISITÉES (SUITE)

S'il manque d'espace, faire une copie de la présente feuille

Durant la période de contagiosité, est-il arrivé que l'usager ait visité d'autres maisonnées ? ☐ Oui ☐ Non

Liste des maisons visitées et des personnes présentes lors des visites de l'usager durant la période de contagiosité :

Nom	No dossier	Date de naissance	Âge	Sexe (M / F)	No maison	Lien avec l'usager	**Fréquence et durée**[2]	Date de dernier contact	Dormi[3] (O / N)	THC[4] (O / N)	Symptômes[5] (O / N)
41.		aaaa/mm/jj						aaaa/mm/jj			
42.		aaaa/mm/jj						aaaa/mm/jj			
43.		aaaa/mm/jj						aaaa/mm/jj			
44.		aaaa/mm/jj						aaaa/mm/jj			
45.		aaaa/mm/jj						aaaa/mm/jj			
46.		aaaa/mm/jj						aaaa/mm/jj			
47.		aaaa/mm/jj						aaaa/mm/jj			
48.		aaaa/mm/jj						aaaa/mm/jj			
49.		aaaa/mm/jj						aaaa/mm/jj			

Légende :
1. Exemples de lien : père, mère, frère, sœur, cousin, tante, ami, enfants, ami des enfants ou des personnes présentes, etc.
2. **Important de bien remplir cette section !** Inscrire le nombre de visites par semaine et le nombre d'heures habituel de ces visites
3. Est-il arrivé que l'usager dorme dans la même chambre que celle du contact ? Si oui, à quelle fréquence ?
4. THC = cannabis. Y a-t-il eu partage de cannabis ou autre drogue inhalée avec l'usager?
5. Symptômes compatibles avec une TB active observés chez le contact (ex. : toux persistante, perte de poids notable, fatigue, etc.) ?

ᓄᓇᕗᒻᒥ ᐃᓗᓯᓕᓇᓂᕐᒧᑦ 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

ᐅᖓᕈᒥ ᑐᓚᑦᑕᐃᑦ ᖃᓄᐃᑦᑭᓯᐊᕐᓂᒧᑦ
UNGAVA TULATTAVIK HEALTH CENTER
CENTRE DE SANTÉ TULATTAVIK DE L'UNGAVA

IDENTIFICATION DES CONTACTS D'UN CAS DE TB ACTIVE

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

GARDERIE

☐ Non-applicable. *NOTE : Si applicable, faire copie de la présente feuille pour plus d'espace au besoin.*

☐ Enfant → groupe : _____
☐ Travailleur avec contact avec les enfants → fonction : _____
☐ Travailleur sans contact avec les enfants → fonction : _____

Nom et coordonnées de la garderie : _____ Date de la dernière présence : ____/____/____ (aaaa/mm/jj)

Liste des personnes en contact avec l'usager pendant la période de contagiosité :

Nom	No dossier	Date de naissance	Âge	Sexe (M / F)	Lien avec l'usager[1]	**Fréquence et durée**[2]	Date de dernier contact	Symptômes[3] (O / N)
50.		aaaa/mm/jj					aaaa/mm/jj	
51.		aaaa/mm/jj					aaaa/mm/jj	
52.		aaaa/mm/jj					aaaa/mm/jj	
53.		aaaa/mm/jj					aaaa/mm/jj	
54.		aaaa/mm/jj					aaaa/mm/jj	
55.		aaaa/mm/jj					aaaa/mm/jj	
56.		aaaa/mm/jj					aaaa/mm/jj	
57.		aaaa/mm/jj					aaaa/mm/jj	
58.		aaaa/mm/jj					aaaa/mm/jj	

Légende :
1. Exemples de lien: éducateur, enfant du même groupe, etc.
2. **Important de bien remplir cette section!** Inscrire le nombre de présences par semaine et le nombre habituel d'heures de ces présences
3. Symptômes compatibles avec une TB active observés chez le contact (ex. : toux persistante, perte de poids notable, fatigue, etc.) ?

ᓄᓇᕗᒻᒥ ᐃᓗᓯᓕᓂᕐᒧᑦ ᑲᑎᒪᔨᑦ
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

ᐅᖓᑖᒥ ᑐᓚᑦᑕᐃᓐ ᖃᓄᐃᓐᑭᓯᐊᕐᓂᒧᑦ
UNGAVA TULATTAVIK HEALTH CENTER
CENTRE DE SANTÉ TULATTAVIK DE L'UNGAVA

IDENTIFICATION DES CONTACTS D'UN CAS DE TB ACTIVE

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

ECOLE

☐ Non-applicable. *NOTE : Si applicable, faire copie de la présente feuille pour plus d'espace au besoin.*

☐ Enfant → groupe : _____
☐ Travailleur avec contact avec les enfants → fonction : _____
☐ Travailleur sans contact avec les enfants → fonction : _____
Nom et coordonnées de l'école : _____ Date de la dernière présence : ____/____/____ (aaaa/mm/jj)

Liste des personnes avec qui l'usager a passé le plus de temps à l'école pendant la période de contagiosité :

Nom	No dossier	Date de naissance	Âge	Sexe (M / F)	Lien avec l'usager[1]	**Fréquence et durée**[2]	Date de dernier contact	THC[3] (O / N)	Symptômes[4] (O / N)
59.		aaaa/mm/jj					aaaa/mm/jj		
60.		aaaa/mm/jj					aaaa/mm/jj		
61.		aaaa/mm/jj					aaaa/mm/jj		
62.		aaaa/mm/jj					aaaa/mm/jj		
63.		aaaa/mm/jj					aaaa/mm/jj		
64.		aaaa/mm/jj					aaaa/mm/jj		
65.		aaaa/mm/jj					aaaa/mm/jj		
66.		aaaa/mm/jj					aaaa/mm/jj		
67.		aaaa/mm/jj					aaaa/mm/jj		

Légende :
1. Exemples de lien: ami, travail d'équipe, professeur, éducateur, etc.
2. **Important de bien remplir cette section!** Inscrire le nombre de présences par semaine et le nombre habituel d'heures de ces présences
3. THC = cannabis. Y a-t-il eu partage de cannabis ou autre drogue inhalée avec l'usager?
4. Symptômes compatibles avec une TB active observés chez le contact (ex. : toux persistante, perte de poids notable, fatigue, etc.) ?

ᓄᓇᕗᑦᑎ ᐃᓗᓯᓕᓂᓂᕐᒧᑦ ᑲᑎᒪᔨᖅᑐᑦ
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

ᐅᖓᕐᒥ ᑐᓚᑦᑕᐃᑦ ᖃᓄᐃᑦᑭᓯᐊᕐᓂᒧᑦ
UNGAVA TULATTAVIK HEALTH CENTER
CENTRE DE SANTÉ TULATTAVIK DE L'UNGAVA

IDENTIFICATION DES CONTACTS D'UN CAS DE TB ACTIVE

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

TRAVAIL

☐ Non-applicable. *NOTE : Si applicable, faire copie de la présente feuille pour plus d'espace au besoin.*

Employeur : _____ Fonction : _____

Date de la dernière présence : _____/_____/_____ (aaaa/mm/jj)

Caractérisation de son environnement de travail (ex. : bureau fermé, salle aérée, extérieur, camion, etc.).

Spécifier : _____

Liste des personnes avec qui l'usager est en contact au travail :

Nom	No Dossier	Date de naissance	Âge	Sexe (M / F)	Lien avec l'usager[1]	**Fréquence et durée[2]**	Date de dernier contact	THC[3] (O / N)	Symptômes[4] (O / N)
68.		aaaa/mm/jj					aaaa/mm/jj		
69.		aaaa/mm/jj					aaaa/mm/jj		
70.		aaaa/mm/jj					aaaa/mm/jj		
71.		aaaa/mm/jj					aaaa/mm/jj		
72.		aaaa/mm/jj					aaaa/mm/jj		
73.		aaaa/mm/jj					aaaa/mm/jj		
74.		aaaa/mm/jj					aaaa/mm/jj		
75.		aaaa/mm/jj					aaaa/mm/jj		

Légende :
1. Exemples de lien: directeur, collègue, etc.
2. **Important de bien remplir cette section!** Inscrire le nombre de présence par semaine et le nombre habituel d'heures de ces présences
3. THC = cannabis. Y a-t-il eu partage de cannabis ou autre drogue inhalée avec l'usager?
4. Symptômes compatibles avec une TB active observés chez le contact (ex. : toux persistante, perte de poids notable, fatigue, etc.) ?

ᓄᓇᕗᑦᑎ ᐃᓗᓯᓕᓂᓐᓂᕐᒧᑦ ᑲᑎᒪᔨᖅᑕ
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

ᐅᖓᕐᒥ ᑐᓚᑦᑕᐃᑦ ᖃᓄᐃᑦᑭᓯᐊᕐᓂᒧᑦ
UNGAVA TULATTAVIK HEALTH CENTER
CENTRE DE SANTÉ TULATTAVIK DE L'UNGAVA

IDENTIFICATION DES CONTACTS D'UN CAS DE TB ACTIVE

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

VOYAGE

☐ Non-applicable

Durant la période de contagiosité, la personne a-t-elle séjourné dans une autre communauté du Nunavik, au Nunavut et/ou en dehors de la région ?

Date de départ	Date de retour	Destination	Lieu d'hébergement (Hôtel / Résidence privée)	Coordonnées des personnes visitées
aaaa/mm/jj	aaaa/mm/jj			
aaaa/mm/jj	aaaa/mm/jj			
aaaa/mm/jj	aaaa/mm/jj			
aaaa/mm/jj	aaaa/mm/jj			
aaaa/mm/jj	aaaa/mm/jj			
aaaa/mm/jj	aaaa/mm/jj			
aaaa/mm/jj	aaaa/mm/jj			
aaaa/mm/jj	aaaa/mm/jj			
aaaa/mm/jj	aaaa/mm/jj			

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

IDENTIFICATION DES CONTACTS D'UN CAS DE TB ACTIVE

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

AUTRES LIEUX

Inscrire le lieu fréquenté et le nom des contacts pour chacun des lieux identifiés dans le tableau à la fin du questionnaire[1]

Équipe sportive ☐ Oui ☐ Non	Nom de l'équipe : _____ Lieu de l'activité : _____ **Fréquence et durée de l'activité[2]**: _____ Date de la dernière présence : _____/_____/_____ (aaaa/mm/jj)
Groupe communautaire (ex. : couture, carving, chorale) ☐ Oui ☐ Non	Type d'activité : _____ Lieu de l'activité : _____ **Fréquence et durée de l'activité[2]** : _____ Date de la dernière présence : _____/_____/_____ (aaaa/mm/jj)
Activité de groupe (ex. : camping) ☐ Oui ☐ Non	Type d'activité : _____ Type d'hébergement : _____ **Fréquence et durée des présences[2]** : _____ Date de la dernière présence : _____/_____/_____ (aaaa/mm/jj)

[1] Un même nom peut se retrouver dans plusieurs listes. Il sera d'autant plus à risque d'avoir été infecté.
[2] **Important de bien remplir cette section !** Inscrire le nombre de présence par semaine et le nombre habituel d'heures de ces présences

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

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

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

IDENTIFICATION DES CONTACTS D'UN CAS DE TB ACTIVE

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

AUTRES LIEUX

Inscrire le lieu fréquenté et le nom des contacts pour chacun des lieux identifiés dans le tableau à la fin du questionnaire[1]

Autre lieu de rassemblement (ex. : centre communautaire, église) ☐ Oui ☐ Non	Type d'activité : _____ Lieu de rassemblement : _____ **Fréquence et durée de l'activité**[2]: _____ Date de la dernière présence : _____/_____/_____ (aaaa/mm/jj)
Établissement(s) de détention ☐ Oui ☐ Non	Nom : _____ Période de détention : de_____/_____/_____ à _____/_____/_____ (aaaa/mm/jj) Nom : _____ Période de détention : de_____/_____/_____ à _____/_____/_____ (aaaa/mm/jj)

[1] Un même nom peut se retrouver dans plusieurs listes. Il sera d'autant plus à risque d'avoir été infecté.
[2] **Important de bien remplir cette section !** Inscrire le nombre de présence par semaine et le nombre habituel d'heures de ces présences

ᓄᓇᕗᒻᒥ ᐃᓗᓯᓕᓇᓂᕐᒧᑦ ᑲᑎᒪᔨᑦ
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

ᐅᓯᕐᒥ ᑐᓚᑦᑕᐃᑦ ᖃᓄᐃᑦᑭᓯᐊᕐᓂᒧᑦ
UNGAVA TULATTAVIK HEALTH CENTER
CENTRE DE SANTÉ TULATTAVIK DE L'UNGAVA

IDENTIFICATION DES CONTACTS D'UN CAS DE TB ACTIVE

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

AUTRES LIEUX ET CONTACTS ADDITIONNELS

Lieu fréquenté[1]	Nom du contact	No Dossier	Date de naissance	Âge	Sexe (M / F)	**Fréquence et durée[2]**	Date de dernier contact	THC[3] (O / N)	Symptômes[4] (O / N)
76.			aaaa/mm/jj				aaaa/mm/jj		
77.			aaaa/mm/jj				aaaa/mm/jj		
78.			aaaa/mm/jj				aaaa/mm/jj		
79.			aaaa/mm/jj				aaaa/mm/jj		
80.			aaaa/mm/jj				aaaa/mm/jj		
81.			aaaa/mm/jj				aaaa/mm/jj		
82.			aaaa/mm/jj				aaaa/mm/jj		
83.			aaaa/mm/jj				aaaa/mm/jj		
84.			aaaa/mm/jj				aaaa/mm/jj		
85.			aaaa/mm/jj				aaaa/mm/jj		

Légende :
1. Identifier clairement soit par le nom de l'endroit, le numéro de maison, le nom de l'entreprise, le nom du chef de foyer (*head of household*), etc.
2. **Important de bien remplir cette section!** Inscrire le nombre de visites par semaine et le nombre d'heures habituel de ces visites
3. THC = cannabis. Y a-t-il eu partage de cannabis ou autre drogue inhalée avec l'usager?
4. Symptômes compatibles avec une TB active observés chez le contact (ex. : toux persistante, perte de poids notable, fatigue, etc.) ?

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

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

IDENTIFICATION DES CONTACTS D'UN CAS DE TB ACTIVE

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

AUTRES LIEUX ET CONTACTS ADDITIONNELS

Lieu fréquenté[1]	Nom du contact	No Dossier	Date de naissance	Âge	Sexe (M / F)	**Fréquence et durée[2]**	Date de dernier contact	THC[3] (O / N)	Symptômes[4] (O / N)
86.			aaaa/mm/jj				aaaa/mm/jj		
87.			aaaa/mm/jj				aaaa/mm/jj		
88.			aaaa/mm/jj				aaaa/mm/jj		
89.			aaaa/mm/jj				aaaa/mm/jj		
90.			aaaa/mm/jj				aaaa/mm/jj		
91.			aaaa/mm/jj				aaaa/mm/jj		
92.			aaaa/mm/jj				aaaa/mm/jj		
93.			aaaa/mm/jj				aaaa/mm/jj		
94.			aaaa/mm/jj				aaaa/mm/jj		
95.			aaaa/mm/jj				aaaa/mm/jj		

Légende :
1. Identifier clairement soit par le nom de l'endroit, le numéro de maison, le nom de l'entreprise, le nom du chef de foyer (*head of household*), etc.
2. **Important de bien remplir cette section!** Inscrire le nombre de visites par semaine et le nombre d'heures habituel de ces visites
3. THC = cannabis. Y a-t-il eu partage de cannabis ou autre drogue inhalée avec l'usager?
4. Symptômes compatibles avec une TB active observés chez le contact (ex. : toux persistante, perte de poids notable, fatigue, etc.) ?