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

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

TRAITEMENT TUBERCULOSE ACTIVE
Phase de continuation - ENFANT

Allergies : ☐ Nil ou Préciser : _____

_____

☐ Grossesse : _____ semaines ☐ Allaitement

Rx

ENFANT (moins de 15 ans)

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

Poids :

PHASE DE CONTINUATION[1] (PHASE 2)

1) **Isoniazide** (INH) 20-30 mg/kg (max. : 900 mg), soit :
2) **Rifampicine** (RIF) 10-20 mg/kg (max. : 600 mg)[2], 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 # : _____

---

[1] Traitement en thérapie d'observation directe (TOD) 3x/semaine 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 débuter après la prise des 60 doses de la phase initiale débutée le : aaaa / mm / jj

[2] Si > 60 kg, Rifampicine (RIF) 10 mg/kg (10-12 mg/kg) (max. : 900 mg) peut être utilisé avec une surveillance étroite des effets secondaires hépatotoxiques.

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.

Cocher le nom du village d'origine et la pharmacie concernée :

Centre de santé Inuulitsivik		Centre de santé Tulattavik de l'Ungava	
☐ *Salluit* 819 255-9090 ☐ *Ivujivik* 819 922-9090 ☐ *Akulivik* 819 496-9090 ☐ *Inukjuak* 819 254-9090 ☐ *Umiujaq* 819 331-9090 ☐ *Kuujjuarapik* 819 929-9090	☐ **PHARMACIE VOYER, MONTRÉAL** Tél. : 1 877 426-0406 Télécopieur : 1 877 426-0546 pharmacie.voyer.csi@ssss.gouv.qc.ca	☐ *Kangiqsualujjuaq* 819 337-9090 ☐ *Kuujjuaq* 819 964-2905 ☐ *Aupaluk* 819 491-9090 ☐ *Kangirsuk* 819 935-9090 ☐ *Quaqtaq* 819 492-9090 ☐ *Kangiqsujuaq* 819 338-9090 ☐ *Tasiujaq* 819 633-9090	☐ **PHARMACIE TULATTAVIK, KUUJJUAQ** Tél. : 819 964-2905 # 201/277 Fax : 819 964-0035 pharmacy.kuujjuaq@ssss.gouv.qc.ca
☐ *Puvirnituq* 819 988-9090	☐ **PHARMACIE INUULITSIVIK, PUVIRNITUQ** Tél. : 819 988-2957 #263 Fax : 819 988-2551 pharmacie.pov@ssss.gouv.qc.ca		