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

TUBERCULOSE ACTIVE
ADULTE ET PÉDIATRIQUE
PROTOCOLE DE SUIVI - ORDONNANCE MÉDICALE STANDARD

CAS DE TB PROBABLE ET TB CONFIRMÉE

But : Uniformiser la prise en charge des cas de tuberculose (TB) active et assurer la prescription médicale du suivi nécessaire par les différents professionnels de la santé concernés.

Objectifs :

a) Obtenir une guérison permanente de la maladie tout en évitant l'apparition d'une résistance médicamenteuse et arrêter la transmission de l'infection (Guide TB, Québec, 2017)

b) Détecter précocement les événements indésirables et assurer leur prise en charge.

c) Identifier et agir promptement sur les causes possibles qui peuvent conduire à un échec du traitement antituberculeux (Guide TB, Québec, 2017)

Cette ordonnance doit être initiée par un médecin au moment du diagnostic de TB active et de la prescription d'antituberculeux.

Notes: → Pour rejoindre les médecins répondants en pneumologie :

- Pneumologue pédiatrique : écrire à MCHTB &06CH_CUSM MCHTB@MUHC.MCGILL.CA ou Zofia Zysman-Colman (Med) zofia.zysman-colman.med@ssss.gouv.qc.ca
- Pneumologue pour adulte : Privilégier le système SAFIR : Se connecter à SAFIR (gouv.qc.ca)
  Si SAFIR inaccessible, écrire à : Faiz Ahmad Khan faiz.ahmad.khan.med@ssss.gouv.qc.ca ou Richard Menzies, Dr. dick.menzies@mcgill.ca
- Pneumologue de garde au CUSM : **514 934-1934**.

→ Lorsqu'une personne est nouvellement diagnostiquée ITL, aviser Tuberculose Sante Publique (RRSSSN) tuberculose-santepublique.nrbhss@ssss.gouv.qc.ca.

Note importante : Toute prescription médicale individuelle a préséance sur le suivi « Standard » décrit dans cette procédure.

Instruction d'utilisation du protocole

L'ordonnance suivante, une fois signée et datée par le médecin, sert de prescription médicale pour les bilans et les examens paracliniques nécessaires au suivi des patients atteints de TB active. L'infirmière et le médecin cocheront les cases qui se rapportent à leurs tâches au fur et à mesure que les actions auront été prises.

Les prescriptions de médicaments se feront cependant sur les feuilles de prescription spécifiques au traitement de la TB active.

Rédigé par :	Dr Latoya Campbell (CSTU) et Dr Élise Bélanger-Desjardins (CSI) Dr Jean-François Proulx et l'équipe en maladies infectieuses – RRSSSN Dr Faiz Ahmad Khan, Dr David Zielinski (Pneumologue & Consultant TB, CUSM et Nunavik)
Révisé par :	Dr Valérie Messier et Aurélie Heurtebize (RRSSSN) Dr Latoya Campbell (CSTU) et Dr Élise Bélanger-Desjardins (CSI) le 2021-02-24
Approuvé par :	Comité exécutif du CMDPSF du CSI le 2021-04-26 et du CSTU le 2021-04-14

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

TUBERCULOSE ACTIVE
ADULTE ET PÉDIATRIQUE
PROTOCOLE DE SUIVI - ORDONNANCE MÉDICALE STANDARD

Temps	Suivi	Interventions et Investigations	Date et signature
Pré-traitement **Temps 0** __/__/__ AA/ MM/ JJ	**MD**	☐ Indiquer résultat du dernier TCT : _____ mm. Date : __aaaa_/__mm_/__jj__ ☐ Compléter le formulaire de *Déclaration MADO* et transmettre à la DSPu ☐ Prescrire type d'isolement respiratoire : ○ Isolement à domicile ET traitement die X 14 jours dûment complété (à envisager selon : évaluation médicale, conditions environnantes appropriées et consultation avec la santé publique[1]) **OU** ○ Hospitalisation en isolement respiratoire : transfert selon le *Guide de triage par GeneXpert* (*DETECT-GUIDE-TRIAGE-GX*) ☐ Prescrire bilan initial : ○ Recherche de BK sous induction, sauf si contre-indiqué : GeneXpert (PCR) X1 et BK X 3 ○ FSC, bilan hépatique, Créat., Hep BsAg, anti-HCV, _____ ○ VIH[2] (consentement verbal) ○ Syphilis[3] ○ BHCG sanguin PRN ○ Examen ophtalmique au temps 0, 1 et 2 mois et si Ethambutol > 2 mois. ☐ Prescrire bilan de suivi mensuel phase 1 : ○ Bilan hépatique, Créat., FSC ☐ Prescrire bilan de suivi mensuel phase 2 PRN[4] : ○ Bilan hépatique, Créat., FSC	_____ Signature AA/ MM/ JJ
	Inf.	☐ S'assurer que les mesures de protection individuelle /d'isolement sont en place ☐ Si isolement à domicile pour 14 jours, se référer à la *Procédure d'isolement à domicile* (*TB-ACT_Procedure-ISO-DOM*) et remettre les *Consignes d'isolement à domicile au patient* (*TB-ACT_CONSIGNES-ISO-DOM_EN* ou *IN* ou *FR*) ☐ Enseignement à la clientèle. Se référer au document *Parlons de la tuberculose – Ressource éducative – Par Santé Canada* ☐ Vérifier si contacts à priorité élevée dans entourage du patient (*TB-ACT_Procedure-IDENT-CONTACTS* et *TB ACT- IDENT-CONTACTS*) ☐ Effectuer bilan initial tel que prescrit plus haut par MD ☐ Examen ophtalmique incluant : ○ Test de l'acuité visuelle : Échelle de Snellen (pas chez le nourrisson)* ○ Test de la perception des couleurs : Test d'Ishihara* *Inscrire au formulaire *TB ACT/ITL- EVAL CLIN MENS*	_____ Signature AA/ MM/ JJ

Signature du MD :_____ Nº permis :_____ Date : _____/____/____
AAAA / MM / JJ

[1] Condition: Hospitalisation recommandée pour tous les cas de TB pulmonaire à frottis positifs et/ou avec lésion(s) cavitaire(s)
[2] Le VIH est un facteur de risque important associé à la progression de la maladie.
[3] Proposer un dépistage opportuniste de la syphilis chez les ≥ 14 ans.
[4] **Chez l'enfant :** Si symptomatique ou bilan de base anormal.
Chez l'adulte : Si symptomatique OU 50 ans et plus OU si présence d'une des conditions suivantes : grossesse ou accouchement au courant des 3 derniers mois, cirrhose évolutive ou hépatite évolutive chronique toutes causes confondues, hépatite C, hépatite B avec des concentrations de transaminases anormales, consommation quotidienne d'alcool, prise d'autres médicaments hépatotoxiques, antécédents d'hépatite provoquée par des médicaments. (Guide d'intervention – La Tuberculose, MSSS, 2017)

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

TUBERCULOSE ACTIVE
ADULTE ET PÉDIATRIQUE
PROTOCOLE DE SUIVI - ORDONNANCE MÉDICALE STANDARD

Temps	Suivi	Interventions et Investigations	Date et signature
Hospitalisation **Ou** **Isolement à domicile** **1er jour de tx / Date du début du Tx** __/__/__ AA/ MM/ JJ	**MD**	☐ Vérifier si : 1.TB active antérieure : ☐ Oui ☐ Non 2.Hépatite secondaire à antituberculeux antérieure : ☐ Oui ☐ Non ☐ **SI OUI,** (1 et/ou 2) consulter médecins répondants en pneumologie[5] ☐ **SI NON,** (1 et 2) débuter trithérapie ou quadrithérapie (*TB-ACT_PRESC-MED-ADULTE-PHASE-1* et *2* ou *TB-ACT_PRESC-MED-ENFANT-PHASE-1* et *2*) ☐ Prescrire RXP fin du 2e mois et 5e mois de traitement ☐ Vérifier avec pharmacien si interactions médicamenteuses (ex. : Dilantin) ☐ Counseling contraception si contraceptifs oraux → Privilégier Dépo-Provera, Mirena ou condom	_____ Signature AA/ MM/ JJ
	Inf.	☐ S'assurer de la conformité et du respect des mesures de PCI incluant les mesures d'isolement ☐ Vérifier si BK X 3 sous induction complétés avant début de traitement ☐ Cas à frottis positif, faire BK x 3 Q semaine ad négatif x 3 consécutifs (peuvent être faits la même semaine après le premier négatif) ☐ Enseignement à la clientèle (maladie, plan de traitement, effets secondaires et suivis requis). Se référer au document *Parlons de la tuberculose – Ressource éducative – Par Santé Canada* ☐ Faire signer le *Contrat d'engagement relatif au traitement obligatoire* (*TB-ACT_CONTRAT-ENGAGEMENT*) ☐ Compléter l'*Annexe 4* (questionnaire d'enquête épidémiologique) ☐ Débuter l'*Identification des contacts d'un cas de TB active* (*TB-ACT_Procedure-IDENT-CONTACTS* et *TB ACT- IDENT-CONTACTS*)	_____ Signature AA/ MM/ JJ
Si hospitalisation	**MD**	☐ Déterminer le congé d'hôpital avec la santé publique et/ou spécialiste selon les instructions suivantes : ☐ Si PCR GeneXpert positif ET frottis de départ positif(s) : 3 frottis prélevés Q semaine et congé après 14 jours de traitement une fois que 3 frottis consécutifs négatifs ☐ Si PCR GeneXpert positif/négatif ET 3 frottis de départ négatifs : ○ Congé après 14 jours de traitement complété **OU** ○ Congé précoce, mais isolement à domicile jusqu'à concurrence d'un traitement die X 14 jours dûment complété (basé sur évaluation médicale, conditions environnantes appropriées et consultation avec la santé publique[6]) ☐ Faire suivre une copie du sommaire d'hospitalisation au MD et l'infirmière qui feront le suivi en externe.	_____ Signature AA/ MM/ JJ

Signature du MD :_____ Nº permis :_____ Date : _____/____/____
AAAA / MM / JJ

[5] Les coordonnées pour rejoindre les médecins répondants en pneumologie sont indiquées en page 1 de ce document.
[6] Condition : Hospitalisation recommandée pour tous les cas de TB active à frottis positif et/ou avec lésion(s) cavitaire(s)

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

ᐅᖓᑭᒥ ᑐᓚᑦᑕᓐ ᖃᓄᐃᖏᓯᐊᖅᓂᒧᑦ
UNGAVA TULATTAVIK HEALTH CENTER
CENTRE DE SANTÉ TULATTAVIK DE L'UNGAVA

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

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

TUBERCULOSE ACTIVE
ADULTE ET PÉDIATRIQUE
PROTOCOLE DE SUIVI - ORDONNANCE MÉDICALE STANDARD

Temps	Suivi	Interventions et Investigations	Date et signature
Retour dans la communauté ___/___/___ AA/ MM/ JJ	**MD/Inf. du village**	☐ S'assurer du transfert du dossier au village ☐ S'assurer que la pharmacie reçoive la prescription pour les phases 1 et 2 du traitement ☐ Planifier les différentes dates de suivis infirmier et médical prévues dans la présente ordonnance ☐ Organiser la TOD en partenariat avec les travailleurs locaux de la santé – Tenir compte des doses reçues lors de l'hospitalisation (*TB-ACT_ENREG-MED-PHASE-1*) ☐ Enseignement à la clientèle du plan de traitement. Si non fait, lecture et signature du *Contrat d'engagement relatif au traitement obligatoire* (*TB-ACT_CONTRAT-ENGAGEMENT*) ☐ Réviser et compléter avec le patient l'*Identification des contacts d'un cas de TB active* (*TB ACT- IDENT-CONTACTS*)	_____ Signature MD _____ Signature AA/ MM/ JJ
Fin du 1er mois de Tx ___/___/___ AA/ MM/ JJ	**Inf.**	☐ **<u>Suivi mensuel régulier</u>** : Si anormal, aviser le médecin a. Suivi de la médication et soutien au client (*TB-ACT_ENREG-MED-PHASE-1*) b. Évaluation clinique mensuelle (*TB ACT-EVAL-CLIN-MENS*) c. Selon prescription médicale, faire bilan de suivi mensuel phase 1 : Bilan hépatique, Créat., FSC	_____ Signature AA/ MM/ JJ
Fin du 2e mois de Tx ___/___/___ AA/ MM/ JJ	**MD**	**<u>Enfant ou adulte avec TB probable (non confirmée par laboratoire) :</u>** ☐ Diagnostic de TB probable maintenu d'emblée (poursuivre traitement), puis : ☐ Discuter si le diagnostic de TB active est maintenu ou révoqué avec le spécialiste[4] Au préalable : ☐ Vérifier tous les résultats d'analyses bactériologiques ad ce jour (GeneXpert, frottis, cultures) ☐ Si GeneXpert, frottis et cultures négatifs : contacter spécialiste pour r/o diagnostics différentiels (adulte) ☐ Vérifier réponse clinique ☐ Vérifier résultat RXP 2e mois ☐ Vérifier l'observance à la médication ☐ Chez l'enfant de > 6 mois, discuter de la pertinence de répéter TCT avec le médecin de santé publique. ☐ Si le diagnostic de TB probable est maintenu et que la souche du cas source présumé est sensible à tout, cesser EMB (si patient sous EMB)	_____ Signature AA/ MM/ JJ

Signature du MD :_____ Nº permis :_____ Date : _____/____/____
AAAA / MM / JJ

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

ᐅᖓᑭᒥ ᑐᓚᑦᑕᕐᑐᑦ ᖃᓄᐃᑦᑭᓯᐊᕐᓂᒧᑦ
UNGAVA TULATTAVIK HEALTH CENTER
CENTRE DE SANTÉ TULATTAVIK DE L'UNGAVA

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

TUBERCULOSE ACTIVE
ADULTE ET PÉDIATRIQUE
PROTOCOLE DE SUIVI - ORDONNANCE MÉDICALE STANDARD

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

Temps	Suivi	Interventions et Investigations	Date et signature
Fin du 2e mois de Tx (suite) ___/___/___ AA/ MM/ JJ	**MD (suite)**	**<u>Adulte ou enfant avec TB confirmée par laboratoire :</u>** ☐ Révision du dossier : ☐ Prescrire BK entre la 7e et 8e semaine PRN[7] ☐ Vérifier résultat RXP 2e mois ☐ Vérifier BK temps 0 et antibiogramme : ○ Si sensible à tout → Cesser EMB (si patient sous EMB) ○ Si résistance médicamenteuse → Contacter spécialiste[4] ☐ Fin de la **phase 1** (TOD) du traitement : → s'assurer de la prise complète des **60** doses avant de passer à la phase 2[8] ☐ Débuter **phase 2** du traitement[9]. S'assurer d'avoir complété la prescription médicale (*TB-ACT_PRESC-MED-ADULTE-PHASE-2* ou *TB-ACT_PRESC-MED-ENFANT-PHASE-2*) ☐ Chez un patient sous EMB : si EMB doit être poursuivi ET test visuel anormal, demande de consultation en ophtalmo. ☐ Autre situation (cas de TB qui nécessite un traitement particulier), Préciser : _____	_____ Signature AA/ MM/ JJ
	Inf.	☐ **<u>Suivi mensuel régulier</u>** : Si anormal, aviser le médecin *a.* Suivi de la médication et soutien au client (*TB-ACT_ENREG-MED-PHASE-1*) *ET* prévoir le formulaire phase 2 (*TB-ACT_ENREG-MED-PHASE-2*) *b.* Évaluation clinique mensuelle *TB ACT-EVAL-CLIN-MENS* c. Selon prescription médicale, faire bilan de suivi mensuel phase 1 : Bilan hépatique, Créat., FSC ☐ Effectuer relevé du dossier suite à sa révision par MD ☐ Répéter BK X 3 sous induction entre la 7e et 8e semaine PRN[6] tel que prescrit par MD ☐ Organiser RXP : PA + Latérale (avec vue lordotique pt ≥ 15 ans) tel que prescrit par MD (*DETECT-CONSULT-RXP*)	_____ Signature AA/ MM/ JJ

Signature du MD :_____ Nº permis :_____ Date : _____/____/____
AAAA / MM / JJ

[7] Critères pour BK x 3 : **A)** Cultures initiales positives **B)** Traitement interrompu **C)** Traitement différent du traitement standard. **D)** Résistance médicamenteuse au départ **E)** Spécimen initial inadéquat et ceux répétés par la suite étaient à frottis positif **F)** Cavité observée quelques semaines post début de traitement **G)** Malabsorption intestinale, diabète ou patient immunosupprimé (ex. : VIH).
[8] Si traitement erratique en phase 1, consulter les médecins répondants en pneumologie. Voir coordonnées en page 1 de ce document.
[9] **IMPORTANT** : Vérifier le changement de dosage de l'Isoniazide (INH) en phase 2, (sauf cas exceptionnels où le traitement DIE est prévu en phase 2). Le dosage d'INH passe de **5 mg/kg** die en phase 1 à **10 mg/kg** die 3x/semaine en phase 2.

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

TUBERCULOSE ACTIVE
ADULTE ET PÉDIATRIQUE
PROTOCOLE DE SUIVI - ORDONNANCE MÉDICALE STANDARD

Temps	Suivi	Interventions et Investigations	Date et signature
Fin du 3e mois de Tx ___/___/___ AA/ MM/ JJ	**Inf.**	☐ **Suivi mensuel régulier** : Si anormal, aviser le médecin *a.* Suivi de la médication et soutien au client (*TB-ACT_ENREG-MED-PHASE-2*) *b.* Évaluation clinique mensuelle (*TB ACT-EVAL-CLIN-MENS*) *c.* Selon prescription médicale, faire bilan de suivi mensuel phase 2 PRN : Bilan hépatique, Créat., FSC ☐ Vérifier si BK ont dû être répétés à 8 semaines; si oui, vérifier le résultat : ○ Si culture positive : aviser MD et répéter q mois ad négativation des cultures sur prescription médicale	_____ Signature AA/ MM/ JJ
Fin du 4e mois de Tx ___/___/___ AA/ MM/ JJ	**MD**	☐ Révision du dossier ☐ Vérifier BK du 2e mois. ○ Si culture négative : poursuivre le traitement pour un total de 6 mois ○ Si culture positive : consulter médecins répondants en pneumologie[10] (Tx 9 mois possible) ☐ Suivi particulier : _____	_____ Signature AA/ MM/ JJ
	Inf.	☐ **Suivi mensuel régulier** : Si anormal, aviser le médecin *a.* Suivi de la médication et soutien au client (*TB-ACT_ENREG-MED-PHASE-2*) *b.* Évaluation clinique mensuelle (*TB ACT-EVAL-CLIN-MENS*) *c.* Selon prescription médicale, faire bilan de suivi mensuel phase 2 PRN : Bilan hépatique, Créat., FSC ☐ Effectuer relevé du dossier suite à sa révision par MD ☐ BK X 3 sous induction PRN sur prescription médicale jusqu'à négativation des cultures	_____ Signature AA/ MM/ JJ
Fin du 5e mois de Tx ___/___/___ AA/ MM/ JJ	**Inf.**	☐ **Suivi mensuel régulier** : Si anormal, aviser le médecin *a.* Suivi de la médication et soutien au client (*TB-ACT_ENREG-MED-PHASE-2*) *b.* Évaluation clinique mensuelle (*TB ACT-EVAL-CLIN-MENS*) *c.* Selon prescription médicale, faire bilan de suivi mensuel phase 2 PRN : Bilan hépatique, Créat., FSC ☐ Faire RXP : PA + Latérale (avec vue lordotique pt ≥ 15 ans) tel que prescrit par MD (*DETECT-CONSULT-RXP*) ☐ BK X 3 sous induction PRN sur prescription médicale jusqu'à négativation des cultures	_____ Signature AA/ MM/ JJ

Signature du MD :_____ Nº permis :_____ Date : _____/____/____
AAAA / MM / JJ

[10] Les coordonnées pour rejoindre les répondants en pneumologie sont indiquées en page 1 de ce document.

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

TUBERCULOSE ACTIVE
ADULTE ET PÉDIATRIQUE
PROTOCOLE DE SUIVI - ORDONNANCE MÉDICALE STANDARD

Temps	Suivi	Interventions et Investigations	Date et signature
Fin du 6e mois de Tx ___/___/___ AA/ MM/ JJ	**MD**	☐ Révision du dossier : ☐ Vérifier résultat RXP du 5e mois et résultats des cultures de BK ☐ Consulter spécialiste pour ajustement du régime thérapeutique si : - RXP cavitaire au départ - Cultures positives à 8 semaines ou plus de traitement - Tx non standard, incomplet ou erratique - Autre situation particulière : _____ **<u>Si fin de traitement</u> :** ☐ Compléter et signer l'*Issue de traitement* (*TB-ACT_ISSUE-TX*) ☐ Compléter et signer le *Guide de suivi clinico-radiologique* <u>en post fin de traitement</u> (*TB-ACT-ITL_GUIDE-SCR*) ☐ Mettre à jour la liste des problèmes (antécédents) au dossier patient **<u>Enfant avec TB probable (non confirmée par laboratoire) :</u>** ☐ Valider avec la santé publique si besoin de répéter TCT. Et si oui, à quel moment. ☐ Discuter avec la santé publique et le spécialiste[4] si diagnostic de TB active maintenu ou révoqué.	_____ Signature AA/ MM/ JJ
	Inf.	☐ **<u>Suivi mensuel régulier</u>** : Si anormal, aviser le médecin a. Suivi de la médication et soutien au client (*TB-ACT_ENREG-MED-PHASE-2*) b. Évaluation clinique mensuelle (*TB-ACT_EVAL-CLIN-MENS*) c. Selon prescription médicale, faire bilan de suivi mensuel phase 2 PRN : Bilan hépatique, Créat., FSC ☐ Effectuer relevé du dossier suite à sa révision par MD ☐ Planifier suivi clinico-radiologique (*TB-ACT-ITL_GUIDE-SCR* et *TB-ACT-ITL_SCR-STANDARD*) **<u>Si fin de traitement</u> :** ☐ Transmettre à la DSPu : - L'*Issue de traitement* (*TB-ACT_ISSUE-TX*) signée par le médecin - L'enregistrement de la médication phase 1 et 2 (*TB-ACT_ENREG-MED-PHASE-1* et 2) - Les évaluation cliniques mensuelles (*TB-ACT_EVAL-CLIN-MENS*) - Le *Guide de suivi clinico-radiologique* complété par le MD (*TB-ACT-ITL_GUIDE-SCR*)	_____ Signature AA/ MM/ JJ

Signature du MD :_____ Nº permis :_____ Date : _____/____/____
AAAA / MM / JJ

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

TUBERCULOSE ACTIVE
ADULTE ET PÉDIATRIQUE
PROTOCOLE DE SUIVI - ORDONNANCE MÉDICALE STANDARD

Grille pour mois supplémentaires : Retard de traitement de la période visée OU traitement de 9 / 12 mois[11]

Temps	Suivi	Interventions et Investigations	Date et signature
Fin du 7e mois de Tx ___/___/___ AA/ MM/ JJ	**Inf.**	☐ **Suivi mensuel régulier** : Si anormal, aviser le médecin *a.* Suivi de la médication et soutien au client (*TB-ACT_ENREG-MED-PHASE-2*) b. Évaluation clinique mensuelle (*TB ACT-EVAL-CLIN-MENS*) c. Selon prescription médicale, faire bilan de suivi mensuel phase 2 PRN : Bilan hépatique, Créat., FSC	_____ Signature AA/ MM/ JJ
Fin du 8e mois de Tx ___/___/___ AA/ MM/ JJ	**Inf.**	☐ **Suivi mensuel régulier** : Si anormal, aviser le médecin *a.* Suivi de la médication et soutien au client (*TB-ACT_ENREG-MED-PHASE-2*) b. Évaluation clinique mensuelle (*TB ACT-EVAL-CLIN-MENS*) c. Selon prescription médicale, faire bilan de suivi mensuel phase 2 PRN : Bilan hépatique, Créat., FSC ☐ Organiser RXP : PA + Latérale (avec vue lordotique pt ≥ 15 ans) tel que prescrit par MD (*DETECT-CONSULT-RXP*) ☐ Préparation du dossier pour révision médicale à la fin du 9e mois.	_____ Signature AA/ MM/ JJ
Fin du 9e mois de Tx ___/___/___ AA/ MM/ JJ	**MD**	☐ Révision du dossier ☐ Vérifier résultat RXP du 8e mois ☐ Consulter spécialiste si : - RXP anormale ou cavités au départ - BK positifs en cours de Tx - Tx prolongé, non standard, incomplet ou erratique **Si traitement terminé :** ☐ Compléter et signer l'*Issue de traitement* (*TB-ACT_ISSUE-TX*) ☐ Compléter et signer le *Guide de suivi clinico-radiologique* en post fin de traitement (*TB-ACT-ITL_GUIDE-SCR*) ☐ Mettre à jour la liste des problèmes (antécédents) au dossier patient	_____ Signature AA/ MM/ JJ
	Inf.	☐ **Suivi mensuel régulier** : Si anormal, aviser le médecin *a.* Suivi de la médication et soutien au client (*TB-ACT_ENREG-MED-PHASE-2*) b. Évaluation clinique mensuelle (*TB ACT-EVAL-CLIN-MENS*) c. Selon prescription médicale, faire bilan de suivi mensuel phase 2 PRN : Bilan hépatique, Créat., FSC ☐ Effectuer relevé du dossier suite à sa révision par MD ☐ Planifier suivi clinico-radiologique (*TB-ACT-ITL_GUIDE-SCR* et *TB-ACT-ITL_SCR-STANDARD*) ☐ **Si fin de traitement**, transmettre à la DSPu : - L'*Issue de traitement* (*TB-ACT_ISSUE-TX*) signée par le médecin - L'enregistrement de la médication phase 1 et 2 (*TB-ACT_ENREG-MED-PHASE-1* et 2) - Les évaluation cliniques mensuelles (TB ACT-EVAL-CLIN-MENS) - Le *Guide de suivi clinico-radiologique* complété par le MD (*TB-ACT-ITL_GUIDE-SCR*)	_____ Signature AA/ MM/ JJ

Signature du MD :_____ Nº permis :_____ Date : _____/____/____
AAAA / MM / JJ

[11] Si traitement de 12 mois, répéter les interventions des 7e, 8e et 9e mois aux mois 10, 11 et 12.