

# Objectifs

À la fin de cette présentation, vous serez en mesure de:

Utiliser les outils de la Boîte à outils TB pour:

- Appliquer les étapes d'investigation d'un cas suspect
- Assurer la prise en charge des patients atteints d'ITL et de TB active





# Présentation de la boîte à outils

## Objectifs

- ◆ **Harmoniser** les guides de pratiques cliniques et de santé publique en matière de tuberculose au niveau régional;
- ◆ **Soutenir et guider** les interventions des différents professionnels impliqués dans la lutte contre la tuberculose;
- ◆ **Assurer** des interventions de qualité selon les dernières recommandations canadiennes de lutte contre la tuberculose.

# Présentation de la boîte à outils

## Plan sur le site de la RRSSSN

La BAO TB est accessible sur le site de la RRSSSN  
via ce lien direct :

<https://nrbhss.ca/fr/bo%C3%A0te-%C3%A0-outils-tuberculose>



The screenshot displays the website interface for the RRSSSN (Régie régionale de la Nunavik / Regional Board of Health, Social and Services of Nunavik). The header includes the organization's logo and name in Inuktitut, English, and French. A navigation bar contains links for COVID-19, LA RRSSSN, ÉTABLISSEMENTS, DOCUMENTS, and NOUS JOINDRE, along with a search bar and a 'PROCÉDEZ' button. The main content area is titled 'Boîte à outils - tuberculose' and features a list of resources with red play button icons: Introduction, Villages prioritaires, Investigations diagnostiques, TB latente, TB active, Enseignement au patient, Modules de formation, and S'abonner. A sidebar on the left lists various professional and health-related categories under the heading 'Professionnels'.









# Présentation de la boîte à outils

## Plan sur le site de la RRSSSN

Logo of Régie régionale de la Nunavik / Regional Health and Social Services Board of Nunavik

Language options: Inuktitut English Français

Navigation: COVID-19 LA RRSSSN ÉTABLISSEMENTS DOCUMENTS NOUS JOINDRE Recherche PROCÉDEZ

Professionnels

Imprimer A A A

Boîte à outils - tuberculose

- ▶ [Introduction](#)
- ▶ [Villages prioritaires](#)
- ▶ [Investigations diagnostiques](#)
- ▶ [TB latente](#)
- ▶ [TB active](#)
- ▶ [Enseignement au patient](#)
- ▶ [Modules de formation](#)
- ▶ [S'abonner](#)

Professionnels

- Professionnels
- Formations
- Info-MADO
- Maladies infectieuses ▶
- Milieu de garde et scolaire
- Santé environnementale
- Santé sexuelle
- Possible surdose aux opioïdes
- Vaccination

# Présentation de la boîte à outils

## S'abonner à la liste de diffusion

### Boîte à outils - tuberculose



[Introduction](#)



[Villages prioritaires](#)



[Investigations diagnostiques](#)



[TB latente](#)



[TB active](#)



[Enseignement au patient](#)



[Modules de formation](#)



[S'abonner](#)

**Pour recevoir une alerte** lors d'une mise à jour d'un outil, ou lors de l'ajout d'un nouvel outil, veuillez vous inscrire à notre liste d'envoi en écrivant un courriel à l'adresse suivante: [aurelie.heurtebize@ssss.gouv.qc.ca](mailto:aurelie.heurtebize@ssss.gouv.qc.ca)






# Investigations diagnostiques

## Évaluation clinique cas suspect/contact

- ◆ Page 1 :
  - ◆ Contexte de l'investigation (connu grâce à l'enquête de cas ou communiqué par le patient lui-même)
  - ◆ Les ATCD TB et généraux du patient (revue de dossier)
  - ◆ Facteurs de risque (lors de l'entretien avec le patient)



**ÉVALUATION CLINIQUE  
CAS SUSPECT/CONTACT 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 INC OR UTHC. IF NOT AVAILABLE, WRITE THE NAME, SURNAME, DATE OF BIRTH AND FILE NUMBER.

**Section 1 – RENSEIGNEMENTS PERSONNELS**

Sexe :  M  F No de téléphone : \_\_\_\_\_ Identifiant Facebook ou courriel : \_\_\_\_\_  
 No maison : \_\_\_\_\_ Nb de résidents : \_\_\_\_\_ Nb de chambres : \_\_\_\_\_  
 Raison d'évaluation :  Contact d'un cas actif  Recherche d'un cas source  Sur demande d'un professionnel  
 Sur demande du patient  Autre : \_\_\_\_\_

**CAS INDEX** Date de naissance : \_\_\_\_/\_\_\_\_/\_\_\_\_ No dossier : \_\_\_\_\_ Date de Diagnostic : \_\_\_\_/\_\_\_\_/\_\_\_\_  
 Informations RXP :  Cavitaire  Non cavitaire BK :  Frottis (+)  Frottis (-)  Culture (+)  Culture (-)  Inconnu

**LIEU ET CARACTÉRISATION DU CONTACT (plus d'une réponse possible)**  
 Maison du cas index  Autre maison  Travail  École/Garderie  Groupe social  Autre : \_\_\_\_\_  
 Endroit(s) de contact (préciser, ex. : no maison, école primaire / classe, employeur) : \_\_\_\_\_  
 Si Maison du cas index ou Autre maison, dort dans la même chambre? :  N  O  
 Fréquence de contact<sup>1</sup> (par sem.) : \_\_\_\_\_ Durée de contact : \_\_\_\_\_ hres Date du dernier contact : \_\_\_\_/\_\_\_\_/\_\_\_\_

**ANTECEDENTS**

Vaccination BCG<sup>2</sup> :  N  O Date(s) : \_\_\_\_/\_\_\_\_/\_\_\_\_ \_\_\_\_/\_\_\_\_/\_\_\_\_ \_\_\_\_/\_\_\_\_/\_\_\_\_  
 TB active antérieure :  N  O Année : \_\_\_\_\_ Traitement complété  N  O Conforme (%) \_\_\_\_\_  
 TB latente antérieure :  N  O Année : \_\_\_\_\_ Traitement complété INH ou RIF  N  O Conforme (%) \_\_\_\_\_  
 TCT antérieur<sup>2</sup> :  N  O Date : \_\_\_\_/\_\_\_\_/\_\_\_\_ Résultat : \_\_\_\_mm Date : \_\_\_\_/\_\_\_\_/\_\_\_\_ Résultat : \_\_\_\_mm  
 Date : \_\_\_\_/\_\_\_\_/\_\_\_\_ Résultat : \_\_\_\_mm Date : \_\_\_\_/\_\_\_\_/\_\_\_\_ Résultat : \_\_\_\_mm  
 Quantiféron antérieur :  N  O Date : \_\_\_\_/\_\_\_\_/\_\_\_\_ Résultat : \_\_\_\_mm Date : \_\_\_\_/\_\_\_\_/\_\_\_\_ Résultat : \_\_\_\_mm

**PROBLÈMES MÉDICAUX ACTUELS**  Aucun  Inconnu  Autre : \_\_\_\_\_  
 Allergie connue à antituberculeux  Cancer tête/cou  Diabète  Receveur d'organe sous Tx  
 Insuffisance rénale chronique  Maladie hépatique  Immunodéficience  immunosuppresseur

**MÉDICAMENTS PRIS ACTUELLEMENT**  Aucun  Autre : \_\_\_\_\_  
 Anticonvulsif (préciser) : \_\_\_\_\_  Contraception hormonale (préciser) : \_\_\_\_\_  
 Corticostéroïdes (préciser) : \_\_\_\_\_  Immunosuppresseur (préciser) : \_\_\_\_\_  
 Grossesse ?  N  O  N/A

**Une fois l'information complétée, envoyer la section 1 à la DSPu : [tuberculose-santepublique.nrbhss@ssss.gouv.gc.ca](mailto:tuberculose-santepublique.nrbhss@ssss.gouv.gc.ca)**

**Section 2 – FACTEURS DE RISQUE**

Tabagisme  N  O Cigarettes par jour : \_\_\_\_\_  
 Consommation d'alcool  N  O Quantité / Fréquence : \_\_\_\_\_  
 Consommation de cannabis  N  O Quantité / Fréquence : \_\_\_\_\_ Lieu : \_\_\_\_\_  
 Fréquentation de lieux de rassemblement  N  O (p. ex. : maisons de jeu, consommation de cannabis en groupe, etc.)  
 Préciser les lieux si possible (no de maison, nom du propriétaire) : \_\_\_\_\_

**AUTRES FACTEURS DE RISQUE au cours des 2 dernières années :**  Aucun  
 Sans-abri (en ville)  
 Incarcération antérieure. Préciser lieux/dates : \_\_\_\_\_  
 Séjour dans autre(s) communauté(s) du Nunavut/Nunavut/extérieur de la région. Préciser lieux / dates : \_\_\_\_\_

<sup>1</sup> Important de bien remplir la fréquence (nombre de visites par semaine), la durée (nombre d'heures habituel de ces visites) et la date de dernier contact.  
<sup>2</sup> Ne pas considérer le Tine test.  
 (DSPu-TB\_DETECT-EVAL-CLIN\_V2022-06-07)

1 de 2  
DOSSIER CLSC


# Investigations diagnostiques

## Évaluation clinique cas suspect/contact

### ◆ Contexte de l'investigation

Si en présence d'un contact :

- ◆ Attention au secret médical
- ◆ Fréquence + durée = intensité !
- ◆ Date de dernier contact = permet de calculer la période-fenêtre



**ÉVALUATION CLINIQUE  
CAS SUSPECT/CONTACT 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.  
EMBOSSE HERE THE CARD OF INC OR UTHC.  
IF NOT AVAILABLE, WRITE THE NAME, SURNAME,  
DATE OF BIRTH AND FILE NUMBER.

**Section 1 – RENSEIGNEMENTS PERSONNELS**

Sexe :  M  F No de téléphone : \_\_\_\_\_ Identifiant Facebook ou courriel : \_\_\_\_\_  
 No maison : \_\_\_\_\_ Nb de résidents : \_\_\_\_\_ Nb de chambres : \_\_\_\_\_  
 Raison d'évaluation :  Contact d'un cas actif  Recherche d'un cas source  Sur demande d'un professionnel  
 Sur demande du patient  Autre : \_\_\_\_\_

**CAS INDEX** Date de naissance : \_\_\_\_/\_\_\_\_/\_\_\_\_ No dossier : \_\_\_\_\_ Date de Diagnostic : \_\_\_\_/\_\_\_\_/\_\_\_\_  
 Informations RXP :  Cavitaire  Non cavitaire BK :  Frottis (+)  Frottis (-)  Culture (+)  Culture (-)  Inconnu

**LIEU ET CARACTÉRISATION DU CONTACT (plus d'une réponse possible)**  
 Maison du cas index  Autre maison  Travail  Ecole/Garderie  Groupe social  Autre : \_\_\_\_\_  
 Endroit(s) de contact (préciser, ex. : no maison, école primaire / classe, employeur) : \_\_\_\_\_  
 Si Maison ou cas index ou Autre maison, dort dans la même chambre? :  N  O  
 Fréquence de contact<sup>1</sup> (par sem.) : \_\_\_\_\_ Durée de contact : \_\_\_\_\_ hres Date du dernier contact : \_\_\_\_/\_\_\_\_/\_\_\_\_

**ANTECÉDENTS**

Vaccination BCG<sup>2</sup> :  N  O Date(s) : \_\_\_\_/\_\_\_\_/\_\_\_\_ ; \_\_\_\_/\_\_\_\_/\_\_\_\_ ; \_\_\_\_/\_\_\_\_/\_\_\_\_  
 TB active antérieure :  N  O Année : \_\_\_\_\_ Traitement complété  N  O Conforme (%) \_\_\_\_\_  
 TB latente antérieure :  N  O Année : \_\_\_\_\_ Traitement complété INH ou RIF  N  O Conforme (%) \_\_\_\_\_  
 TCT antérieur<sup>2</sup> :  N  O Date : \_\_\_\_/\_\_\_\_/\_\_\_\_ Résultat : \_\_\_\_ mm Date : \_\_\_\_/\_\_\_\_/\_\_\_\_ Résultat : \_\_\_\_ mm  
 Date : \_\_\_\_/\_\_\_\_/\_\_\_\_ Résultat : \_\_\_\_ mm Date : \_\_\_\_/\_\_\_\_/\_\_\_\_ Résultat : \_\_\_\_ mm  
 Quantiféron antérieur :  N  O Date : \_\_\_\_/\_\_\_\_/\_\_\_\_ Résultat : \_\_\_\_\_ Date : \_\_\_\_/\_\_\_\_/\_\_\_\_ Résultat : \_\_\_\_\_

**PROBLÈMES MÉDICAUX ACTUELS**  Aucun  Inconnu  Autre : \_\_\_\_\_  
 Allergie connue à antituberculeux  Cancer tête/cou  Diabète  Receveur d'organe sous Tx  
 Insuffisance rénale chronique  Maladie hépatique  Immunodéficience  immunosuppresseur

**MÉDICAMENTS PRIS ACTUELLEMENT**  Aucun  Autre : \_\_\_\_\_  
 Anticonvulsif (préciser) : \_\_\_\_\_  Contraception hormonale (préciser) : \_\_\_\_\_  
 Corticostéroïdes (préciser) : \_\_\_\_\_  Immunosuppresseur (préciser) : \_\_\_\_\_  
 Grossesse ?  N  O  N/A

Une fois l'information complétée, envoyer la section 1 à la DSPu : [tuberculose-santepublique.nrbhss@ssss.gouv.gc.ca](mailto:tuberculose-santepublique.nrbhss@ssss.gouv.gc.ca)

**Section 2 – FACTEURS DE RISQUE**

Tabagisme  N  O Cigarettes par jour : \_\_\_\_\_  
 Consommation d'alcool  N  O Quantité / Fréquence : \_\_\_\_\_  
 Consommation de cannabis  N  O Quantité / Fréquence : \_\_\_\_\_ Lieu : \_\_\_\_\_  
 Fréquentation de lieux de rassemblement  N  O (p. ex. : maisons de jeu, consommation de cannabis en groupe, etc.)  
 Préciser les lieux si possible (no de maison, nom du propriétaire) : \_\_\_\_\_

**AUTRES FACTEURS DE RISQUE au cours des 2 dernières années :**  Aucun  
 Sans-abri (en ville)  
 Incarcération antérieure. Préciser lieux/dates : \_\_\_\_\_  
 Séjour dans autre(s) communauté(s) du Nunavik/Nunavut/extérieur de la région. Préciser lieux / dates : \_\_\_\_\_

<sup>1</sup> Important de bien remplir la fréquence (nombre de visites par semaine), la durée (nombre d'heures habituel de ces visites) et la date de dernier contact.

<sup>2</sup> Ne pas considérer le Tine test.  
(DSPu-TB\_DETECT-EVAL-CLIN, V2022-06-07)

# Investigations diagnostiques

## Évaluation clinique cas suspect/contact

### ◆ Les ATCD

#### ATCD TB :

- ◆ BCG? = Risque-t-il d'influer le résultat du nouveau TCT? Si jeune enfant, est-il protégé?
- ◆ TCT ou QFT antérieur? = Infection ou maladie antérieure? Besoin d'un nouveau tct?
- ◆ ITL ou TB active antérieur? = Besoin d'un nouveau TCT? Traitement reçu? Risque d'évolution vers une TB active ou de rechute de sa TB active antérieure?

#### ATCD GÉNÉRAUX = Facteurs de risque ajoutés ?

- ◆ Immunosuppression? = risque d'un TCT faux-négatif  
Immunosuppression / diabète? = risque augmenté de contracter l'infection et d'évoluer vers une TB active si infecté.
- ◆ Atcd hépatiques? = risque d'effets secondaires si traitement antituberculeux initié?
- ◆ traitement en cours? risque d'interactions médicamenteuses si traitement antituberculeux initié?
- ◆ Grossesse? = traitement retardé si ITL

Centre de Santé et Services Sociaux Inuitiuk  
Inuitiuk Health & Social Services Centre  
Nunavut, Québec, J0B 1P6  
T 509 980-2507 / F 509 980-2376

UNIGAVA TULATTAYIK HEALTH CENTER  
CENTRO DE SANTE TULATTAYIK DE UNINGAVA

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

### ÉVALUATION CLINIQUE CAS SUSPECT/CONTACT D'UN CAS DE TB ACTIVE

#### Section 1 – RENSEIGNEMENTS PERSONNELS

Sexe :  M  F No de téléphone : \_\_\_\_\_ Identifiant Facebook ou courriel : \_\_\_\_\_  
No maison : \_\_\_\_\_ Nb de résidents : \_\_\_\_\_ Nb de chambres : \_\_\_\_\_  
Raison d'évaluation :  Contact d'un cas actif  Recherche d'un cas source  Sur demande d'un professionnel  
 Sur demande du patient  Autre : \_\_\_\_\_

**CAS INDEX** Date de naissance : \_\_\_\_/\_\_\_\_/\_\_\_\_ No dossier : \_\_\_\_\_ Date de Diagnostic : \_\_\_\_/\_\_\_\_/\_\_\_\_  
Informations RXP :  Cavitaire  Non cavitaire BK :  Frottis (+)  Frottis (-)  Culture (+)  Culture (-)  Inconnu

#### LIEU ET CARACTÉRISATION DU CONTACT (plus d'une réponse possible)

Maison du cas index  Autre maison  Travail  École/Garderie  Groupe social  Autre : \_\_\_\_\_  
Endroit(s) de contact (préciser, ex. : no maison, école primaire / classe, employeur) : \_\_\_\_\_  
Si *Maison du cas index* ou *Autre maison*, dort dans la même chambre? :  N  O  
Fréquence de contact<sup>1</sup> (par sem.) : \_\_\_\_\_ Durée de contact : \_\_\_\_\_ hres Date du dernier contact : \_\_\_\_/\_\_\_\_/\_\_\_\_

#### ANTÉCÉDENTS

Vaccination BCG :  N  O Date(s) : \_\_\_\_/\_\_\_\_/\_\_\_\_, \_\_\_\_/\_\_\_\_/\_\_\_\_, \_\_\_\_/\_\_\_\_/\_\_\_\_  
TB active antérieure :  N  O Année : \_\_\_\_\_ Traitement complété  N  O Conforme (%) \_\_\_\_\_  
TB latente antérieure :  N  O Année : \_\_\_\_\_ Traitement complété **INH** ou **RIF**  N  O Conforme (%) \_\_\_\_\_  
TCT antérieur<sup>2</sup> :  N  O Date : \_\_\_\_/\_\_\_\_/\_\_\_\_ Résultat : \_\_\_\_ mm Date : \_\_\_\_/\_\_\_\_/\_\_\_\_ Résultat : \_\_\_\_ mm  
Date : \_\_\_\_/\_\_\_\_/\_\_\_\_ Résultat : \_\_\_\_ mm Date : \_\_\_\_/\_\_\_\_/\_\_\_\_ Résultat : \_\_\_\_ mm  
Quantiféron antérieur :  N  O Date : \_\_\_\_/\_\_\_\_/\_\_\_\_ Résultat : \_\_\_\_ mm Date : \_\_\_\_/\_\_\_\_/\_\_\_\_ Résultat : \_\_\_\_ mm

#### PROBLÈMES MÉDICAUX ACTUELS

Allergie connue à antituberculeux  Cancer tête/cou  Diabète  Autre : \_\_\_\_\_  
 Insuffisance rénale chronique  Maladie hépatique  Immunodéficience immunosuppressif  Receveur d'organe sous Tx

#### MÉDICAMENTS PRIS ACTUELLEMENT

Aucun  Autre : \_\_\_\_\_  
 Anticonvulsif (préciser) : \_\_\_\_\_  Contraception hormonale (préciser) : \_\_\_\_\_  
 Corticostéroïdes (préciser) : \_\_\_\_\_  Immunosuppressif (préciser) : \_\_\_\_\_  
Grossesse?  N  O  N/A

Une fois l'information complétée, envoyer la section 1 à la DSPu : [tuberculose-santepublique.nrbhss@ssss.gouv.qc.ca](mailto:tuberculose-santepublique.nrbhss@ssss.gouv.qc.ca)

#### Section 2 – FACTEURS DE RISQUE

Tabagisme  N  O Cigarettes par jour : \_\_\_\_\_  
Consommation d'alcool  N  O Quantité / Fréquence : \_\_\_\_\_  
Consommation de cannabis  N  O Quantité / Fréquence : \_\_\_\_\_ Lieu : \_\_\_\_\_  
Fréquentation de lieux de rassemblement  N  O (p. ex. : maisons de jeu, consommation de cannabis en groupe, etc.)  
Préciser les lieux si possible (no de maison, nom du propriétaire) : \_\_\_\_\_

#### AUTRES FACTEURS DE RISQUE au cours des 2 dernières années : Aucun

Sans-abri (en ville)  
 Incarcération antérieure. Préciser lieux/dates : \_\_\_\_\_  
 Séjour dans autre(s) communauté(s) du Nunavik/Nunavut/extérieur de la région. Préciser lieux/dates : \_\_\_\_\_

<sup>1</sup> Important de bien remplir la fréquence (nombre de visites par semaine), la durée (nombre d'heures habituel de ces visites) et la date de dernier contact.  
<sup>2</sup> Ne pas considérer le Tine test.  
(DSPu-TB\_DETECT-EVAL-CLIN\_V2022-06-07)

1 de 2  
DOSSIER CLSC



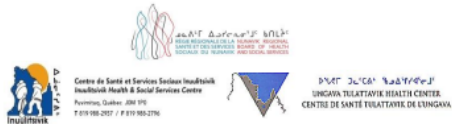


# Investigations diagnostiques

## Évaluation clinique cas suspect/contact

### ◆ Facteurs de risque

- ◆ Tabagisme = terrain favorable à la TB
- ◆ ROH = risque d'hépatotoxicité durant le traitement
- ◆ Contexte THC important : où, quand, comment?
- ◆ Sans-abri à Montréal : risque d'une TB pharmacorésistante
- ◆ Incarcération : gestion particulière
- ◆ Autres villages : éclosions en cours ? Nunavut : TB pharmacorésistante?



**ÉVALUATION CLINIQUE  
CAS SUSPECT/CONTACT D'UN CAS DE TB ACTIVE**

**Section 1 – RENSEIGNEMENTS PERSONNELS**

Sexe :  M  F No de téléphone : \_\_\_\_\_ Identifiant Facebook ou courriel : \_\_\_\_\_  
 No maison : \_\_\_\_\_ Nb de résidents : \_\_\_\_\_ Nb de chambres : \_\_\_\_\_  
 Raison d'évaluation :  Contact d'un cas actif  Recherche d'un cas source  Sur demande d'un professionnel  
 Sur demande du patient  Autre : \_\_\_\_\_

**CAS INDEX** Date de naissance : aaaa / mm / jj. No dossier : \_\_\_\_\_ Date de Diagnostic : aaaa / mm / jj  
 Informations RXP :  Cavitaire  Non cavitaire BK :  Frottis (+)  Frottis (-)  Culture (+)  Culture (-)  Inconnu

**LIEU ET CARACTÉRISATION DU CONTACT (plus d'une réponse possible)**  
 Maison du cas index  Autre maison  Travail  École / Garderie  Groupe social  Autre : \_\_\_\_\_  
 Endroit(s) de contact (préciser, ex. : no maison, école primaire / classe, employeur) : \_\_\_\_\_  
 Si *Maison du cas index* ou *Autre maison*, dort dans la même chambre? :  N  O  
 Fréquence de contact<sup>1</sup> (par sem.) : \_\_\_\_\_ Durée de contact : \_\_\_\_\_ hres Date du dernier contact : aaaa / mm / jj

**ANTÉCÉDENTS**  
 Vaccination BCG :  N  O Date(s) : aaaa / mm / jj. aaaa / mm / jj. aaaa / mm / jj.  
 TB active antérieure :  N  O Année : \_\_\_\_\_ Traitement complété  N  O Conforme (%) \_\_\_\_\_  
 TB latente antérieure :  N  O Année : \_\_\_\_\_ Traitement complété **INH** ou **RIF**  N  O Conforme (%) \_\_\_\_\_  
 TCT antérieur<sup>2</sup> :  N  O Date : aaaa / mm / jj Résultat : mm Date : aaaa / mm / jj Résultat : mm  
 Date : aaaa / mm / jj Résultat : mm Date : aaaa / mm / jj Résultat : mm  
 Quantiféron antérieur :  N  O Date : aaaa / mm / jj Résultat : mm Date : aaaa / mm / jj Résultat : mm

**PROBLÈMES MÉDICAUX ACTUELS**  Aucun  Inconnu  Autre : \_\_\_\_\_  
 Allergie connue à antituberculeux  Cancer tête/cou  Diabète  Receveur d'organe sous Tx  
 Insuffisance rénale chronique  Maladie hépatique  Immunodéficience  immunosuppresseif

**MÉDICAMENTS PRIS ACTUELLEMENT**  Aucun  Autre : \_\_\_\_\_  
 Anticonvulsif (préciser) : \_\_\_\_\_  Contraception hormonale (préciser) : \_\_\_\_\_  
 Corticostéroïdes (préciser) : \_\_\_\_\_  Immunosuppresseif (préciser) : \_\_\_\_\_  
 Grossesse ?  N  O  N/A

Une fois l'information complétée, envoyer la section 1 à la DSPu : [tuberculose-santepublique.nrbhss@ssss.gouv.gc.ca](mailto:tuberculose-santepublique.nrbhss@ssss.gouv.gc.ca)

**Section 2 – FACTEURS DE RISQUE**

Tabagisme  N  O Cigarettes par jour : \_\_\_\_\_  
 Consommation d'alcool  N  O Quantité / Fréquence : \_\_\_\_\_  
 Consommation de cannabis  N  O Quantité / Fréquence : \_\_\_\_\_ Lieu : \_\_\_\_\_  
 Fréquentation de lieux de rassemblement  N  O (p. ex. : maisons de jeu, consommation de cannabis en groupe, etc.)  
 Préciser les lieux si possible (no de maison, nom du propriétaire) : \_\_\_\_\_

**AUTRES FACTEURS DE RISQUE**  Sans-abri au cours des dernières années :  Aucun  
 Sans-abri (en ville)  
 Incarcération antérieure. Préciser lieux/dates : \_\_\_\_\_  
 Séjour dans autre(s) communauté(s) du Nunavik/Nunavut/extérieur de la région. Préciser lieu / dates : \_\_\_\_\_

<sup>1</sup> Important de bien remplir la fréquence (nombre de visites par semaine), la durée (nombre d'heures habituel de ces visites) et la date de dernier contact.  
<sup>2</sup> Ne pas considérer le Tine test.  
 (DSPu-TB\_DETECT-EVAL-CLIN. V2022-06-07)

1 de 2  
DOSSIER CLSC

# Investigations diagnostiques

## Évaluation clinique cas suspect/contact

- ◆ Page 2 :
- ◆ Évaluation clinique #1
- ◆ Évaluation clinique #2
- ◆ Conduite médicale

Nom : \_\_\_\_\_ Prénom : \_\_\_\_\_ No de dossier : \_\_\_\_\_

### Section 3 – ÉVALUATION CLINIQUE INITIALE

**SYMPTÔMES**

Toux inhabituelle > 3 sem.  N  O Date de début : aaaa / mm / jj

Expectorations  N  O Durée        sem. Douleur thoracique  N  O Durée        sem.

Hémoptysie  N  O Durée        sem. Fièvre persistante  N  O Durée        sem.

Dyspnée  N  O Durée        sem. Sueurs nocturnes  N  O Durée        sem.

Perte de pds inexpliquée  N  O        kg Fatigue  N  O Durée        sem.

Autre : \_\_\_\_\_

**EXAMEN PHYSIQUE**

Poids actuel :        kg Poids antérieur :        kg Date : aaaa / mm / jj

Auscultation pulmonaire :  Normale  Anormale Préciser : \_\_\_\_\_

Examen physique (adénopathies, érythème noueux) : Préciser : \_\_\_\_\_

Date de l'évaluation : aaaa / mm / jj Infirmière : \_\_\_\_\_

Vaccin C-19 ou vivant (RRO, RRO-Var, Zona, Typhoïde, Flumist) reçu dans les 4 dernières semaines<sup>3</sup>:  N  O → Date : aaaa / mm / jj

TCT #1 requis<sup>4</sup>  N  O TCT réalisé le : aaaa / mm / jj Heure :        No de lot :        Site :        Infirmière : \_\_\_\_\_

Lecture du TCT le : aaaa / mm / jj Heure :        Résultat TCT :        mm Infirmière : \_\_\_\_\_

À l'issue de l'évaluation clinique initiale, envoyer les sections 1-2-3 à la DSPu : [tuberculose-santepublique.nrbhss@sss.gov.qc.ca](mailto:tuberculose-santepublique.nrbhss@sss.gov.qc.ca)

### Section 4 – ÉVALUATION CLINIQUE DE SUIVI<sup>5</sup>

Date prévue : aaaa / mm / jj

**SYMPTÔMES**

Toux inhabituelle > 3 sem.  N  O Date de début : aaaa / mm / jj

Expectorations  N  O Durée        sem. Douleur thoracique  N  O Durée        sem.

Hémoptysie  N  O Durée        sem. Fièvre persistante  N  O Durée        sem.

Dyspnée  N  O Durée        sem. Sueurs nocturnes  N  O Durée        sem.

Perte de pds inexpliquée  N  O        kg Fatigue  N  O Durée        sem.

Autre : \_\_\_\_\_

**EXAMEN PHYSIQUE**

Poids actuel :        kg

Auscultation pulmonaire :  Normale  Anormale Préciser : \_\_\_\_\_

Examen physique (adénopathies, érythème noueux) : Préciser : \_\_\_\_\_

Date de l'évaluation : aaaa / mm / jj Infirmière : \_\_\_\_\_

Vaccin C-19 ou vivant (RRO, RRO-Var, Zona, Typhoïde, Flumist) reçu dans les 4 dernières semaines<sup>3</sup>:  N  O → Date : aaaa / mm / jj

TCT #2 requis  N  O TCT réalisé le : aaaa / mm / jj Heure :        No de lot :        Site :        Infirmière : \_\_\_\_\_

Lecture du TCT le : aaaa / mm / jj Heure :        Résultat TCT :        mm Infirmière : \_\_\_\_\_

### Section 5 – CONDUITE MÉDICALE À TENIR

RXP requis<sup>5</sup>  N  O Date RXP réalisée : aaaa / mm / jj

BK X 3 requis  N  O Dates: Expecto #1 aaaa / mm / jj Expecto #2 aaaa / mm / jj Expecto #3 aaaa / mm / jj  
(incluant GeneXpert X 1)

**Suivi médical :**

Congé  Traitement ITL

Suivi clinico-radiologique  Prophylaxie

Traitement TB active période-fenêtre

**Impression clinique :** \_\_\_\_\_

SIGNATURE DU MÉDECIN : \_\_\_\_\_ DATE : aaaa / mm / jj

À l'issue de l'investigation complète, envoyer ce document à la DSPu : [tuberculose-santepublique.nrbhss@sss.gov.qc.ca](mailto:tuberculose-santepublique.nrbhss@sss.gov.qc.ca)

<sup>3</sup> Si oui, administrer TCT le même jour ou 4 semaines après l'administration du vaccin en question (se référer au PIQ).

<sup>4</sup> Chez l'enfant < 5 ans vacciné BCG et identifié contact : si non déjà connu ITL, et asymptomatique avec une RXP normale, faire un TCT seulement à 8 semaines post-dernier contact (= à la fin de la période-fenêtre).

<sup>5</sup> À faire si TCT # 2 requis ou à la demande du médecin. Inscrire la date prévue du rendez-vous à l'agenda.

<sup>6</sup> Toute radiographie pulmonaire (à 3 incidences) faite chez un individu ≥ 5 ans dans les 3 mois précédant le diagnostic du cas source présumé peut être considérée comme la radiographie initiale et ne pas être répétée lors de l'enquête, à la condition que cet individu soit demeuré asymptomatique et que le cas source présumé soit à frottis négatif.

# Investigations diagnostiques

## Évaluation clinique cas suspect/contact

- ◆ Évaluation clinique #1
- ◆ Un TCT s'accompagne toujours d'une évaluation clinique.
- ◆ Durée ou date de début des sx : permet de déterminer la période de contagiosité.
- ◆ Si TCT nécessaire : vaccin vivant ?
- ◆ Envoyer à la DSPu une fois l'évaluation clinique #1 complétée

Nom : \_\_\_\_\_ Prénom : \_\_\_\_\_ No de dossier : \_\_\_\_\_

### Section 3 – ÉVALUATION CLINIQUE INITIALE

**SYMPTÔMES**

Toux inhabituelle > 3 sem.  N  O Date de début : \_\_\_\_ / \_\_\_\_ / \_\_\_\_

Expectorations  N  O Durée \_\_\_\_ sem. Douleur thoracique  N  O Durée \_\_\_\_ sem.

Hémoptysie  N  O Durée \_\_\_\_ sem. Fièvre persistante  N  O Durée \_\_\_\_ sem.

Dyspnée  N  O Durée \_\_\_\_ sem. Sueurs nocturnes  N  O Durée \_\_\_\_ sem.

Perte de pds inexpliquée  N  O \_\_\_\_ kg Fatigue  N  O Durée \_\_\_\_ sem.

Autre : \_\_\_\_\_

**EXAMEN PHYSIQUE**

Poids actuel : \_\_\_\_ kg Poids antérieur : \_\_\_\_ kg Date : \_\_\_\_ / \_\_\_\_ / \_\_\_\_

Auscultation pulmonaire :  Normale  Anormale Préciser : \_\_\_\_\_

Examen physique (adénopathies, érythème noueux) : Préciser : \_\_\_\_\_

Date de l'évaluation : \_\_\_\_ / \_\_\_\_ / \_\_\_\_ Infirmière : \_\_\_\_\_

Vaccin C-19 ou vivant (RRO, RRO-Var, Zona, Typhoïde, Flumist) reçu dans les 4 dernières semaines<sup>3</sup>:  N  O → Date : \_\_\_\_ / \_\_\_\_ / \_\_\_\_

TCT #1 requis<sup>4</sup>  N  O TCT réalisé le : \_\_\_\_ / \_\_\_\_ / \_\_\_\_ Heure : \_\_\_\_ No de lot : \_\_\_\_ Site : \_\_\_\_ Infirmière : \_\_\_\_

Lecture du TCT le : \_\_\_\_ / \_\_\_\_ / \_\_\_\_ Heure : \_\_\_\_ Résultat TCT : \_\_\_\_ mm Infirmière : \_\_\_\_

**À l'issue de l'évaluation clinique initiale, envoyer les sections 1-2-3 à la DSPu : [tuberculose-santepublique.nrbhss@sss.gouv.qc.ca](mailto:tuberculose-santepublique.nrbhss@sss.gouv.qc.ca)**

### Section 4 – ÉVALUATION CLINIQUE DE SUIVI<sup>5</sup>

Date prévue : \_\_\_\_ / \_\_\_\_ / \_\_\_\_

**SYMPTÔMES**

Toux inhabituelle > 3 sem.  N  O Date de début : \_\_\_\_ / \_\_\_\_ / \_\_\_\_

Expectorations  N  O Durée \_\_\_\_ sem. Douleur thoracique  N  O Durée \_\_\_\_ sem.

Hémoptysie  N  O Durée \_\_\_\_ sem. Fièvre persistante  N  O Durée \_\_\_\_ sem.

Dyspnée  N  O Durée \_\_\_\_ sem. Sueurs nocturnes  N  O Durée \_\_\_\_ sem.

Perte de pds inexpliquée  N  O \_\_\_\_ kg Fatigue  N  O Durée \_\_\_\_ sem.

Autre : \_\_\_\_\_

**EXAMEN PHYSIQUE**

Poids actuel : \_\_\_\_ kg

Auscultation pulmonaire :  Normale  Anormale Préciser : \_\_\_\_\_

Examen physique (adénopathies, érythème noueux) : Préciser : \_\_\_\_\_

Date de l'évaluation : \_\_\_\_ / \_\_\_\_ / \_\_\_\_ Infirmière : \_\_\_\_\_

Vaccin C-19 ou vivant (RRO, RRO-Var, Zona, Typhoïde, Flumist) reçu dans les 4 dernières semaines<sup>3</sup>:  N  O → Date : \_\_\_\_ / \_\_\_\_ / \_\_\_\_

TCT #2 requis  N  O TCT réalisé le : \_\_\_\_ / \_\_\_\_ / \_\_\_\_ Heure : \_\_\_\_ No de lot : \_\_\_\_ Site : \_\_\_\_ Infirmière : \_\_\_\_

Lecture du TCT le : \_\_\_\_ / \_\_\_\_ / \_\_\_\_ Heure : \_\_\_\_ Résultat TCT : \_\_\_\_ mm Infirmière : \_\_\_\_

### Section 5 – CONDUITE MÉDICALE À TENIR

RXP requis<sup>6</sup>  N  O Date RXP réalisé : \_\_\_\_ / \_\_\_\_ / \_\_\_\_

BK X 3 requis  N  O Dates: Expecto #1 \_\_\_\_ / \_\_\_\_ / \_\_\_\_ Expecto #2 \_\_\_\_ / \_\_\_\_ / \_\_\_\_ Expecto #3 \_\_\_\_ / \_\_\_\_ / \_\_\_\_  
(incluant GeneXpert X 1)

**Suivi médical :**  Congé  Traitement ITL

Suivi clinico-radiologique  Prophylaxie

Traitement TB active période-fenêtre

**Impression clinique :** \_\_\_\_\_

**SIGNATURE DU MÉDECIN :** \_\_\_\_\_ DATE : \_\_\_\_ / \_\_\_\_ / \_\_\_\_

**À l'issue de l'investigation complète, envoyer ce document à la DSPu : [tuberculose-santepublique.nrbhss@sss.gouv.qc.ca](mailto:tuberculose-santepublique.nrbhss@sss.gouv.qc.ca)**

<sup>3</sup> Si oui, administrer TCT le même jour ou 4 semaines après l'administration du vaccin en question (se référer au PIQ).  
<sup>4</sup> Chez l'enfant < 5 ans vacciné BCG et identifié contact : si non déjà connu ITL, et asymptomatique avec une RXP normale, faire un TCT seulement à 8 semaines post-dernier contact (= à la fin de la période-fenêtre).  
<sup>5</sup> À faire si TCT # 2 requis ou à la demande du médecin. Inscrire la date prévue du rendez-vous à l'agenda.  
<sup>6</sup> Toute radiographie pulmonaire (à 3 incidences) faite chez un individu ≥ 5 ans dans les 3 mois précédant le diagnostic du cas source présumé peut être considérée comme la radiographie initiale et ne pas être répétée lors de l'enquête, à la condition que cet individu soit demeuré asymptomatique et que le cas source présumé soit à frottis négatif.  
 (DSPu-TB\_DETECT-EVAL-CLIN, V2022-06-07)

# Investigations diagnostiques

## Évaluation clinique cas suspect/contact

### ◆ Évaluation clinique #2

- ◆ Post période-fenêtre
- ◆ Envoyer à la DSPu une fois l'évaluation clinique #2 complétée

Nom : \_\_\_\_\_ Prénom : \_\_\_\_\_ No de dossier : \_\_\_\_\_

### Section 3 – ÉVALUATION CLINIQUE INITIALE

**SYMPTÔMES**

Toux inhabituelle > 3 sem.  N  O Date de début : \_\_\_\_/\_\_\_\_/\_\_\_\_

Expectorations  N  O Durée \_\_\_\_ sem. Douleur thoracique  N  O Durée \_\_\_\_ sem.

Hémoptysie  N  O Durée \_\_\_\_ sem. Fièvre persistante  N  O Durée \_\_\_\_ sem.

Dyspnée  N  O Durée \_\_\_\_ sem. Sueurs nocturnes  N  O Durée \_\_\_\_ sem.

Perte de pds inexpliquée  N  O \_\_\_\_ kg Fatigue  N  O Durée \_\_\_\_ sem.

Autre : \_\_\_\_\_

**EXAMEN PHYSIQUE**

Poids actuel : \_\_\_\_ kg Poids antérieur : \_\_\_\_ kg Date : \_\_\_\_/\_\_\_\_/\_\_\_\_

Auscultation pulmonaire :  Normale  Anormale Préciser : \_\_\_\_\_

Examen physique (adénopathies, érythème noueux) : \_\_\_\_\_ Préciser : \_\_\_\_\_

Date de l'évaluation : \_\_\_\_/\_\_\_\_/\_\_\_\_ Infirmière : \_\_\_\_\_

Vaccin C-19 ou vivant (RRO, RRO-Var, Zona, Typhoïde, Flumist) reçu dans les 4 dernières semaines<sup>3</sup>:  N  O → Date : \_\_\_\_/\_\_\_\_/\_\_\_\_

TCT #1 requis<sup>4</sup>  N  O TCT réalisé le : \_\_\_\_/\_\_\_\_/\_\_\_\_ Heure : \_\_\_\_ No de lot : \_\_\_\_ Site : \_\_\_\_ Infirmière : \_\_\_\_

Lecture du TCT le : \_\_\_\_/\_\_\_\_/\_\_\_\_ Heure : \_\_\_\_ Résultat TCT : \_\_\_\_ mm Infirmière : \_\_\_\_

À l'issue de l'évaluation clinique initiale, envoyer les sections 1-2-3 à la DSPu : [tuberculose-santepublique.nrbhss@sss.gouv.qc.ca](mailto:tuberculose-santepublique.nrbhss@sss.gouv.qc.ca)

---

### Section 4 – ÉVALUATION CLINIQUE DE SUIVI<sup>5</sup>

Date prévue : \_\_\_\_/\_\_\_\_/\_\_\_\_

**SYMPTÔMES**

Toux inhabituelle > 3 sem.  N  O Date de début : \_\_\_\_/\_\_\_\_/\_\_\_\_

Expectorations  N  O Durée \_\_\_\_ sem. Douleur thoracique  N  O Durée \_\_\_\_ sem.

Hémoptysie  N  O Durée \_\_\_\_ sem. Fièvre persistante  N  O Durée \_\_\_\_ sem.

Dyspnée  N  O Durée \_\_\_\_ sem. Sueurs nocturnes  N  O Durée \_\_\_\_ sem.

Perte de pds inexpliquée  N  O \_\_\_\_ kg Fatigue  N  O Durée \_\_\_\_ sem.

Autre : \_\_\_\_\_

**EXAMEN PHYSIQUE**

Poids actuel : \_\_\_\_ kg

Auscultation pulmonaire :  Normale  Anormale Préciser : \_\_\_\_\_

Examen physique (adénopathies, érythème noueux) : \_\_\_\_\_ Préciser : \_\_\_\_\_

Date de l'évaluation : \_\_\_\_/\_\_\_\_/\_\_\_\_ Infirmière : \_\_\_\_\_

Vaccin C-19 ou vivant (RRO, RRO-Var, Zona, Typhoïde, Flumist) reçu dans les 4 dernières semaines<sup>3</sup>:  N  O → Date : \_\_\_\_/\_\_\_\_/\_\_\_\_

TCT #2 requis  N  O TCT réalisé le : \_\_\_\_/\_\_\_\_/\_\_\_\_ Heure : \_\_\_\_ No de lot : \_\_\_\_ Site : \_\_\_\_ Infirmière : \_\_\_\_

Lecture du TCT le : \_\_\_\_/\_\_\_\_/\_\_\_\_ Heure : \_\_\_\_ Résultat TCT : \_\_\_\_ mm Infirmière : \_\_\_\_

---

### Section 5 – CONDUITE MÉDICALE À TENIR

RXP requis<sup>6</sup>  N  O Date RXP réalisé : \_\_\_\_/\_\_\_\_/\_\_\_\_

BK X 3 requis  N  O Dates: Expecto #1 \_\_\_\_/\_\_\_\_/\_\_\_\_ Expecto #2 \_\_\_\_/\_\_\_\_/\_\_\_\_ Expecto #3 \_\_\_\_/\_\_\_\_/\_\_\_\_  
(incluant GeneXpert X 1)

**Suivi médical :**  Congé  Traitement ITL

Suivi clinico-radiologique  Prophylaxie

Traitement TB active période-fenêtre

**Impression clinique :** \_\_\_\_\_

SIGNATURE DU MÉDECIN : \_\_\_\_\_ DATE : \_\_\_\_/\_\_\_\_/\_\_\_\_

À l'issue de l'investigation complète, envoyer ce document à la DSPu : [tuberculose-santepublique.nrbhss@sss.gouv.qc.ca](mailto:tuberculose-santepublique.nrbhss@sss.gouv.qc.ca)

<sup>3</sup> Si oui, administrer TCT le même jour ou 4 semaines après l'administration du vaccin en question (se référer au PIQ).

<sup>4</sup> Chez l'enfant < 5 ans vacciné BCG et identifié contact : si non déjà connu ITL, et asymptomatique avec une RXP normale, faire un TCT seulement à 8 semaines post-dernier contact (= à la fin de la période-fenêtre).

<sup>5</sup> À faire si TCT # 2 requis ou à la demande du médecin. Inscrire la date prévue du rendez-vous à l'agenda.

<sup>6</sup> Toute radiographie pulmonaire (à 3 incidences) faite chez un individu ≥ 5 ans dans les 3 mois précédant le diagnostic du cas source présumé peut être considérée comme la radiographie initiale et ne pas être répétée lors de l'enquête, à la condition que cet individu soit demeuré asymptomatique et que le cas source présumé soit à frottis négatif.

(DSPu-TB\_DETECT-EVAL-CLIN\_V2022-06-07)

# Investigations diagnostiques

## Évaluation clinique cas suspect/contact

### ◆ Conduite médicale

- ◆ Si Sx et/ou tct significatif

—> RXP requise

- ◆ Si Sx et/ou rxp anormale

—> BK requis

- ◆ RXP et BK sont sur prescription médicale!

- ◆ Envoyer à la DSPu une fois la conduite médicale complétée

Nom : \_\_\_\_\_ Prénom : \_\_\_\_\_ No de dossier : \_\_\_\_\_

### Section 3 – ÉVALUATION CLINIQUE INITIALE

**SYMPTÔMES**

Toux inhabituelle > 3 sem.  N  O Date de début : \_\_\_\_/\_\_\_\_/\_\_\_\_

Expectorations  N  O Durée : \_\_\_\_ sem. Douleur thoracique  N  O Durée : \_\_\_\_ sem.

Hémoptysie  N  O Durée : \_\_\_\_ sem. Fièvre persistante  N  O Durée : \_\_\_\_ sem.

Dyspnée  N  O Durée : \_\_\_\_ sem. Sueurs nocturnes  N  O Durée : \_\_\_\_ sem.

Perte de pds inexpliquée  N  O \_\_\_\_ kg Fatigue  N  O Durée : \_\_\_\_ sem.

Autre : \_\_\_\_\_

**EXAMEN PHYSIQUE**

Poids actuel : \_\_\_\_ kg Poids antérieur : \_\_\_\_ kg Date : \_\_\_\_/\_\_\_\_/\_\_\_\_

Auscultation pulmonaire :  Normale  Anormale Préciser : \_\_\_\_\_

Examen physique (adénopathies, érythème noueux) : \_\_\_\_\_ Préciser : \_\_\_\_\_

Date de l'évaluation : \_\_\_\_/\_\_\_\_/\_\_\_\_ Infirmière : \_\_\_\_\_

Vaccin C-19 ou vivant (RRO, RRO-Var, Zona, Typhoïde, Flumist) reçu dans les 4 dernières semaines<sup>3</sup>:  N  O → Date : \_\_\_\_/\_\_\_\_/\_\_\_\_

TCT #1 requis<sup>4</sup>  N  O TCT réalisé le : \_\_\_\_/\_\_\_\_/\_\_\_\_ Heure : \_\_\_\_ No de lot : \_\_\_\_ Site : \_\_\_\_ Infirmière : \_\_\_\_

Lecture du TCT le : \_\_\_\_/\_\_\_\_/\_\_\_\_ Heure : \_\_\_\_ Résultat TCT : \_\_\_\_ mm Infirmière : \_\_\_\_

À l'issue de l'évaluation clinique initiale, envoyer les sections 1-2-3 à la DSPu : [tuberculose-santepublique.nrbhss@sss.gouv.qc.ca](mailto:tuberculose-santepublique.nrbhss@sss.gouv.qc.ca)

Date prévue : \_\_\_\_/\_\_\_\_/\_\_\_\_

### Section 4 – ÉVALUATION CLINIQUE DE SUIVI<sup>5</sup>

**SYMPTÔMES**

Toux inhabituelle > 3 sem.  N  O Date de début : \_\_\_\_/\_\_\_\_/\_\_\_\_

Expectorations  N  O Durée : \_\_\_\_ sem. Douleur thoracique  N  O Durée : \_\_\_\_ sem.

Hémoptysie  N  O Durée : \_\_\_\_ sem. Fièvre persistante  N  O Durée : \_\_\_\_ sem.

Dyspnée  N  O Durée : \_\_\_\_ sem. Sueurs nocturnes  N  O Durée : \_\_\_\_ sem.

Perte de pds inexpliquée  N  O \_\_\_\_ kg Fatigue  N  O Durée : \_\_\_\_ sem.

Autre : \_\_\_\_\_

**EXAMEN PHYSIQUE**

Poids actuel : \_\_\_\_ kg

Auscultation pulmonaire :  Normale  Anormale Préciser : \_\_\_\_\_

Examen physique (adénopathies, érythème noueux) : \_\_\_\_\_ Préciser : \_\_\_\_\_

Date de l'évaluation : \_\_\_\_/\_\_\_\_/\_\_\_\_ Infirmière : \_\_\_\_\_

Vaccin C-19 ou vivant (RRO, RRO-Var, Zona, Typhoïde, Flumist) reçu dans les 4 dernières semaines<sup>3</sup>:  N  O → Date : \_\_\_\_/\_\_\_\_/\_\_\_\_

TCT #2 requis  N  O TCT réalisé le : \_\_\_\_/\_\_\_\_/\_\_\_\_ Heure : \_\_\_\_ No de lot : \_\_\_\_ Site : \_\_\_\_ Infirmière : \_\_\_\_

Lecture du TCT le : \_\_\_\_/\_\_\_\_/\_\_\_\_ Heure : \_\_\_\_ Résultat TCT : \_\_\_\_ mm Infirmière : \_\_\_\_

### Section 5 – CONDUITE MÉDICALE À TENIR

RXP requis<sup>6</sup>  N  O Date RXP réalisée : \_\_\_\_/\_\_\_\_/\_\_\_\_

BK X 3 requis  N  O Dates: Expecto #1 \_\_\_\_/\_\_\_\_/\_\_\_\_ Expecto #2 \_\_\_\_/\_\_\_\_/\_\_\_\_ Expecto #3 \_\_\_\_/\_\_\_\_/\_\_\_\_  
(incluant GeneXpert X-1)

**Suivi médical :**  Congé  Traitement ITL

Suivi clinico-radiologique  Prophylaxie

Traitement TB active période-fenêtre

**Impression clinique :** \_\_\_\_\_

SIGNATURE DU MÉDECIN : \_\_\_\_\_ DATE : \_\_\_\_/\_\_\_\_/\_\_\_\_

À l'issue de l'investigation complète, envoyer ce document à la DSPu : [tuberculose-santepublique.nrbhss@sss.gouv.qc.ca](mailto:tuberculose-santepublique.nrbhss@sss.gouv.qc.ca)

<sup>3</sup> Si oui, administrer TCT le même jour ou 4 semaines après l'administration du vaccin en question (se référer au PIQ).

<sup>4</sup> Chez l'enfant < 5 ans vacciné BCG et identifié contact : si non déjà connu ITL, et asymptomatique avec une RXP normale, faire un TCT seulement à 8 semaines post-dernier contact (= à la fin de la période-fenêtre).

<sup>5</sup> À faire si TCT # 2 requis ou à la demande du médecin. Inscire la date prévue du rendez-vous à l'agenda.

<sup>6</sup> Toute radiographie pulmonaire (à 3 incidences) faite chez un individu ≥ 5 ans dans les 3 mois précédant le diagnostic du cas source présumé peut être considérée comme la radiographie initiale et ne pas être répétée lors de l'enquête, à la condition que cet individu soit demeuré asymptomatique et que le cas source présumé soit à frottis négatif.

(DSPu-TB\_DETECT-EVAL-CLIN\_V2022-06-07)



# Investigations diagnostiques

## Évaluation clinique cas suspect/contact

- ◆ A retenir :
- ◆ Un TCT s'accompagne toujours d'une évaluation clinique, et inversement.

**ÉVALUATION CLINIQUE CAS SUSPECT/CONTACT D'UN CAS DE TB ACTIVE**

**Section 1 – RENSEIGNEMENTS PERSONNELS**

Sexe :  M  F No de téléphone : \_\_\_\_\_ Identifiant Facebook ou courriel : \_\_\_\_\_  
 No maison : \_\_\_\_\_ No de résidents : \_\_\_\_\_ No de chambres : \_\_\_\_\_  
 Raison d'évaluation :  Contact d'un cas actif  Recherche d'un cas source  Sur demande d'un professionnel  
 Sur demande du patient  Autre : \_\_\_\_\_

**CAL/INDEX** Date de naissance : \_\_\_\_/\_\_\_\_/\_\_\_\_ No dossier : \_\_\_\_\_ Date de Diagnostic : \_\_\_\_/\_\_\_\_/\_\_\_\_  
 Informations RXP :  Cavitaire  Non cavitaire BK :  Frottis (+)  Frottis (-)  Culture (+)  Culture (-)  Inconnu

**LIEU ET CARACTÉRISATION DU CONTACT (plus d'une réponse possible)**  
 Maison du cas index  Autre maison  Travail  École/Garderie  Groupe social  Autre : \_\_\_\_\_  
 Endroit(s) de contact (préciser, ex. : no maison, école primaire/classe, employeur) : \_\_\_\_\_  
 Si Maison du cas index ou Autre maison, dort dans la même chambre?  N  O  
 Fréquence de contact\* (par sem) : \_\_\_\_\_ Durée de contact : \_\_\_\_\_ hrs Date du dernier contact : \_\_\_\_/\_\_\_\_/\_\_\_\_

**ANTÉCÉDENTS**  
 Vaccination BCG  N  O Date(s) \_\_\_\_/\_\_\_\_/\_\_\_\_ \_\_\_\_/\_\_\_\_/\_\_\_\_ \_\_\_\_/\_\_\_\_/\_\_\_\_  
 TB active antérieure :  N  O Année : \_\_\_\_\_ Traitement complété  N  O Conforme (%) \_\_\_\_\_  
 TB latente antérieure :  N  O Année : \_\_\_\_\_ Traitement complété  NH  RIF  N  O Conforme (%) \_\_\_\_\_  
 TCT antérieur\* :  N  O Date : \_\_\_\_/\_\_\_\_/\_\_\_\_ Résultat : \_\_\_\_\_ mm Date : \_\_\_\_/\_\_\_\_/\_\_\_\_ Résultat : \_\_\_\_\_ mm  
 Date : \_\_\_\_/\_\_\_\_/\_\_\_\_ Résultat : \_\_\_\_\_ mm Date : \_\_\_\_/\_\_\_\_/\_\_\_\_ Résultat : \_\_\_\_\_ mm

**Quantification antérieure** :  N  O Date : \_\_\_\_/\_\_\_\_/\_\_\_\_ Résultat : \_\_\_\_\_ mm Date : \_\_\_\_/\_\_\_\_/\_\_\_\_ Résultat : \_\_\_\_\_ mm

**PROBLÈMES MÉDICAUX ACTUELS**  Aucun  Inconnu  Autre : \_\_\_\_\_  
 Allergie connue à antituberculeux  Cancer site/cou  Diabète  Receveur d'organe sous Tx  
 Insuffisance rénale chronique  Maladie hépatique  Immunodéficience immunosuppressif

**MÉDICAMENTS PRIS ACTUELLEMENT**  Aucun  Autre : \_\_\_\_\_  
 Anticonvulsif (préciser) : \_\_\_\_\_  Contraception hormonale (préciser) : \_\_\_\_\_  
 Corticostéroïdes (préciser) : \_\_\_\_\_  Immunosuppressif (préciser) : \_\_\_\_\_  
 Grossesse ?  N  O  N/A

**Section 2 – FACTEURS DE RISQUE**  
 Tabagisme  N  O Cigarettes par jour : \_\_\_\_\_  
 Consommation d'alcool  N  O Quantité/Fréquence : \_\_\_\_\_  
 Consommation de cannabis  N  O Quantité/Fréquence : \_\_\_\_\_ Lieu : \_\_\_\_\_  
 Fréquentation de lieux de rassemblement  N  O (p. ex. : maisons de jeu, consommation de cannabis en groupe, etc.)  
 Préciser les lieux si possible (no de maison, nom du propriétaire) : \_\_\_\_\_  
**AUTRES FACTEURS DE RISQUE au cours des 2 dernières années** :  Aucun  
 Sans-abri (en ville)  
 Incarcération antérieure. Préciser lieux/dates : \_\_\_\_\_  
 Séjour dans **autres communautés du Nunavut**/Nunavut/extérieur de la région. Préciser lieux/dates : \_\_\_\_\_

\* Important de bien remplir la fréquence (nombre de visites par semaine), la durée (nombre d'heures habituel de ces visites) et la date de dernier contact.  
 \* Ne pas considérer le Tine test.  
 \*DSPU\_TB\_DETECT-EVAL-CLIN\_V2022-06-07

**Suivi médical** :  Congé  Traitement ITL  Suivi clinico-radiologique  Prophylaxie  Traitement TB active période-fenêtre

**SIGNATURE DU MÉDECIN** : \_\_\_\_\_ DATE : \_\_\_\_/\_\_\_\_/\_\_\_\_  
 À l'issue de l'investigation complétée, envoyer ce document à la DSPu : [tuberculose-santepublique.nrbhs@ssss.gov.gc.ca](mailto:tuberculose-santepublique.nrbhs@ssss.gov.gc.ca)

**Impression clinique** : \_\_\_\_\_  
 reçu dans les 4 dernières semaines?  N  O → Date : \_\_\_\_/\_\_\_\_/\_\_\_\_  
 Heure : \_\_\_\_\_ No de lot : \_\_\_\_\_ Site : \_\_\_\_\_ Infirmière : \_\_\_\_\_  
 Résultat TCT : \_\_\_\_\_ mm Infirmière : \_\_\_\_\_  
 reçu dans les 4 dernières semaines?  N  O → Date : \_\_\_\_/\_\_\_\_/\_\_\_\_  
 Heure : \_\_\_\_\_ No de lot : \_\_\_\_\_ Site : \_\_\_\_\_ Infirmière : \_\_\_\_\_  
 Résultat TCT : \_\_\_\_\_ mm Infirmière : \_\_\_\_\_

1 de 2  
 DOSSIER CLBC  
 2 de 2  
 DOSSIER CLBC








# Investigations diagnostiques

## Demande de consultation RXP

Réservé à la  
radiologie

 <p>Centre de Santé et Services Sociaux Inuitivik Inuitivik Health &amp; Social Services Centre Puvungut, Québec J2H 1P0 T 514 983-2057 / F 514 983-2750</p> <p>UNGAVA TULATTAVIK HEALTH CENTER CENTRE DE SANTÉ TULATTAVIK DE L'UNGAVA</p>		<p>IDENTIFICATION</p> <p>EMBOSSER ICI LA CARTE DU CSI ou CSTU SI NON DISPONIBLE, INSCRIRE LES PRÉNOM, NOM, DATE DE NAISSANCE ET NO. DOSSIER</p>	
<p><input type="checkbox"/> CENTRE DE SANTÉ TULATTAVIK DE L'UNGAVA <input type="checkbox"/> CENTRE DE SANTÉ INNULITSIVIK</p> <p><b>CONSULTATION EN RADIOLOGIE DIAGNOSTIQUE Tuberculose (TB)</b></p>		<p>RÉSERVÉ AU TECHNOLOGUE EN RADIOLOGIE ÉTIQUETTE PATIENT</p>	
<p><b>Examen demandé : POUMONS</b></p> <p><input checked="" type="checkbox"/> Postéro-Antérieur    <input checked="" type="checkbox"/> Latéral    <input checked="" type="checkbox"/> Lordotique</p>			
<p>Examen antérieur <input type="checkbox"/> Oui <input type="checkbox"/> Non</p> <p><input type="checkbox"/> Hospitalisé    <input type="checkbox"/> Urgence    <input type="checkbox"/> Externe</p> <p><input type="checkbox"/> Ambulant    <input type="checkbox"/> Fauteuil    <input type="checkbox"/> Civière    <input type="checkbox"/> Au lit</p>		<p>Commentaires Médecin :</p> <p>Signature : _____ # Licence : _____</p> <p>Date de la requête (aaaa/mm/jj) : _____</p>	
<p><input checked="" type="checkbox"/> Lecture rapide svp    <input type="checkbox"/> Patiente enceinte <input type="checkbox"/> Oui <input type="checkbox"/> Non</p> <p>Dernier TCT : _____ mm    Date (aaaa/mm/jj) : _____</p> <p><input type="checkbox"/> TB active antérieure    Année(s) : _____</p> <p><input type="checkbox"/> ITL antérieure    Année : _____</p>			
<p><b>Indication :</b> Cocher un seul choix parmi les protocoles suivants</p> <p>1. <input type="checkbox"/> Suspicion de TB active</p> <p>2. <input type="checkbox"/> Investigation d'un contact TB</p> <p>3. <input type="checkbox"/> Traitement de TB active en cours : <u>nombre</u> mois de tx</p> <p>4. <input type="checkbox"/> Évaluation pré-prophylaxie</p> <p>5. <input type="checkbox"/> Dépistage populationnel/ciblé</p>		<p>6. <input type="checkbox"/> Suivi clinico-radiologique (SCR) :</p> <p>RXP # _____ d'une série de <u>nombre</u> ad année _____</p> <p>a) <input type="checkbox"/> SCR post traitement ITL/TB active</p> <p>b) <input type="checkbox"/> SCR pour prophylaxie inadéquante</p> <p>c) <input type="checkbox"/> SCR post contact étroit réexposé à un cas de TB frottis (+)</p> <p>Date du dernier contact (aaaa/mm/jj) : _____</p>	
<p><b>PROTOCOLE RADIOLOGIQUE (Partie réservée au technologue en radiologie)</b></p> <p>Nombre d'images : _____    Signature : _____</p>			

# Investigations diagnostiques

## Protocole d'induction des expectorations

### Boîte à outils - tuberculose

▶ [Introduction](#)

▶ [Villages prioritaires](#)

▼ [Investigations diagnostiques](#)


Évaluation clinique d'un cas suspect/contact d'un cas de TB active 

1<sup>ère</sup> diffusion

Mise à jour


2020-03-25

2022-06-07

Demande de consultation en radiologie - Tuberculose 


2020-03-25

2022-06-07

Protocole d'induction des expectorations pour la recherche des BK 


2020-03-25

2020-03-10

Séquences des tests de laboratoire pour la recherche de BK 

2020-03-25

2022-06-07

Guide de triage par GeneXpert 

2020-03-25

2022-06-07

# Investigations diagnostiques

## Protocole d'induction des expectorations

- ◆ Cette procédure nécessite une ordonnance médicale individuelle.
- ◆ Quatre échantillons d'expectorations sont requis (GeneXpert X 1 et frottis/cultures X 3)



<b>Titre :</b>	<b>PROTOCOLE</b>
<b>Sous-titre :</b>	<b>Protocole d'induction des expectorations pour la recherche des BK</b>
<b>Responsable de l'application :</b>	Direction des soins infirmiers
<b>Approuvée par :</b>	CMDPSF <input checked="" type="checkbox"/> Comité des dossiers <input checked="" type="checkbox"/>
<b>Approuvée le :</b>	2020-03-03
<b>Révisée le :</b>	2019-01-23 Aurélie Heurtebize, Inf, BScN/ Jean-François Laplante, Inf BScN
<b>Destinataire(s) :</b>	Tous les infirmiers(ères)

### PRÉAMBULE

L'induction des expectorations est la technique à privilégier pour recueillir des échantillons. Avec cette technique, à peu près tous les patients produiront des expectorations (sauf exception : voir Contre-indications et conduites à tenir).

### PRINCIPE

Cette procédure nécessite une ordonnance médicale individuelle. Elle consiste à utiliser une solution hypertonique qui irrite les voies respiratoires ce qui engendre une augmentation des sécrétions, une induction de toux et résulte en une production d'expectorations.

### BUT

Obtenir des échantillons de sécrétions bronchiques de qualité et en quantité suffisante pour confirmer la présence microbiologique de *Mycobacterium tuberculosis* chez toute personne suspectée de TB active.

Quatre échantillons d'expectorations sont requis (GeneXpert PCR X 1 et BK frottis/cultures X 3)<sup>1</sup>. Les prélèvements peuvent être effectués le même jour, à au moins une heure d'intervalle. Ils peuvent aussi être faits sur trois jours consécutifs. À noter que les prélèvements pour le GeneXpert et le premier BK peuvent être recueillis en même temps, mais doivent être récoltés dans deux contenants différents (Voir Procédures).

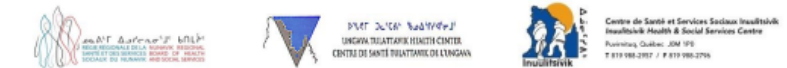
<sup>1</sup> La recommandation de Dr Faiz Khan et des laboratoires sont d'obtenir un échantillon pour le GeneXpert et trois pour les frottis et cultures.



# Investigations diagnostiques

## Protocole d'induction des expectorations

- ◆ Cette procédure nécessite une ordonnance médicale individuelle.
- ◆ Quatre échantillons d'expectorations sont requis (GeneXpert X 1 et frottis/cultures X 3)
- ◆ Les prélèvements peuvent être effectués le même jour, à au moins une heure d'intervalle.



<b>Titre :</b>	PROTOCOLE
<b>Sous-titre :</b>	Protocole d'induction des expectorations pour la recherche des BK
<b>Responsable de l'application :</b>	Direction des soins infirmiers
<b>Approuvée par :</b>	CMDPSF <input checked="" type="checkbox"/> Comité des dossiers <input checked="" type="checkbox"/>
<b>Approuvée le :</b>	2020-03-03
<b>Révisée le :</b>	2019-01-23 Aurélie Heurtebize, Inf, BScN./ Jean-François Laplante, Inf BScN
<b>Destinataire(s) :</b>	Tous les infirmiers(ères)

### PRÉAMBULE

L'induction des expectorations est la technique à privilégier pour recueillir des échantillons. Avec cette technique, à peu près tous les patients produiront des expectorations (sauf exception : voir Contre-indications et conduites à tenir).

### PRINCIPE

Cette procédure nécessite une ordonnance médicale individuelle. Elle consiste à utiliser une solution hypertonique qui irrite les voies respiratoires ce qui engendre une augmentation des sécrétions, une induction de toux et résulte en une production d'expectorations.

### BUT

Obtenir des échantillons de sécrétions bronchiques de qualité et en quantité suffisante pour confirmer la présence microbiologique de *Mycobacterium tuberculosis* chez toute personne suspectée de TB active.

Quatre échantillons d'expectorations sont requis (GeneXpert PCR X 1 et BK frottis/cultures X 3)<sup>1</sup>. Les prélèvements peuvent être effectués le même jour, à au moins une heure d'intervalle. Ils peuvent aussi être faits sur trois jours consécutifs. À noter que les prélèvements pour le GeneXpert et le premier BK peuvent être recueillis en même temps, mais doivent être récoltés dans deux contenants différents (Voir Procédures).

<sup>1</sup> La recommandation de Dr Faiz Khan et des laboratoires sont d'obtenir un échantillon pour le GeneXpert et trois pour les frottis et cultures.

# Investigations diagnostiques

## Protocole d'induction des expectorations

- ◆ Une affiche avec l'heure précise où la quarantaine de la pièce pourra être levée
- ◆ Personnel soignant/parent = Masque N95 à mettre/retirer à l'extérieur de la chambre/tente
- ◆ Patient = masque chir

### PERSONNES CONCERNÉES

Ce protocole s'adresse au personnel de la santé qui devra effectuer cette procédure chez toute personne nécessitant une recherche de BK à partir de spécimens d'expectorations provoquées ou d'aspirations des sécrétions nasopharyngées (pédiatrie).

### MODALITÉS D'APPLICATION

La procédure est considérée à haut risque de transmission puisqu'il y a un risque de générer des aérosols infectés par *Mycobacterium tuberculosis*. Cette procédure doit être réalisée dans des conditions de ventilations particulières (chambre à pression négative ou tente à BK) et avec l'application de précautions additionnelles aériennes (voir Modalités d'application plus bas).

#### Précautions additionnelles aériennes<sup>2</sup> :

- Une affiche doit être apposée sur la porte informant des précautions additionnelles aériennes sur laquelle une note manuelle ou autocollante indiquera l'heure précise où la quarantaine de la pièce pourra être levée (voir plus bas la durée de l'attente suggérée selon le type de pièce utilisée).
- Masque N95 pour le personnel de la santé et autres intervenants (test d'ajustement dans les deux dernières années ou s'il y a une perte/gain de poids de plus de 10 lbs ou 4,5 kg). Masque à usage unique, à mettre/retirer à l'extérieur de la chambre (tente) à pression négative.
- Masque chirurgical pour l'usager : la personne suspectée ou confirmée de TB active doit porter un masque chirurgical ou de procédure lorsqu'il circule dans les aires publiques avant/après les examens/dépistages. Le but du masque est de bloquer les grosses gouttelettes respiratoires produites par la toux, la parole et la respiration. Ce masque n'est pas efficace pour de longues périodes. Il doit être changé s'il est humide.

#### Chambre à pression négative :

Garder la porte et les fenêtres fermées en tout temps. Selon la norme CSA Z317.2 2015, une chambre à pression négative doit avoir au minimum 12 changements d'air à l'heure (CAH). Il est important de respecter un délai minimum de 35 minutes entre chaque nouvel usager. Selon le tableau du Francis J. Curry National Tuberculosis Center<sup>3</sup> 90 % de l'air est « renouvelé » 12 minutes après le départ de l'usager et 99.9% de l'air est « renouvelé » après 35 minutes. (Basée sur 12 CAH). L'entretien ménager doit être fait entre chaque usager et ce, après le dépôt complet des micro-organismes sur les objets et surfaces dans le local : nettoyer et désinfecter le matériel réutilisable avec des lingettes désinfectantes.

#### Tentes portatives à pression négative :

Ces tentes sont associées à un *portable scrubber* (local *exhaust ventilation*) qui aspire l'air via un filtre HEPA, et une lumière germicide ultraviolet. Ces tentes sont disponibles par l'entremise du service biomédical de votre centre de santé, et fournies par la RRSSN. Sur l'appareil, il y a des lumières pour indiquer quand changer les filtres. Il y a une lumière verte pour dire que la lumière UV est en fonction. S'assurer que l'appareil à pression négative est en fonction avant le test. L'objectif est

<sup>2</sup> Guides généraux de PCI, Notions de base en prévention et contrôle des infections (2018). <https://www.inspq.qc.ca/infectionsnosocomiales>

<sup>3</sup> Francis J. Curry National Tuberculosis Center, 2004. *How long does it take to clear the air in an isolation or high-risk procedure room?* 3p.



# Investigations diagnostiques

## Protocole d'induction des expectorations

- ◆ 15 min entre chaque patient.
- ◆ Si induction en extérieur, s'assurer de préserver la confidentialité !!!
- ◆ Si induction impossible sur place, se référer au « Guide triage par GeneXpert ».

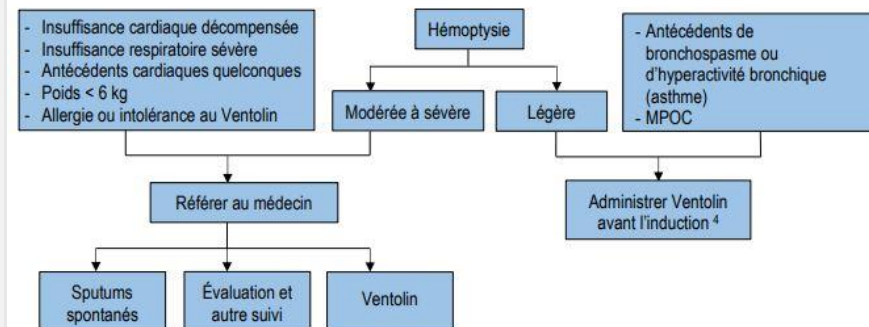
d'avoir une ventilation comme toute chambre à pression négative. L'appareil doit être en vitesse maximum. Il est important de noter que le patient qui fait ses expectorations doit être en face de l'aspiration afin que les bio-aérosols soient aspirés le plus rapidement possible. Avec ces tentes, il est possible d'effectuer des inductions d'expectoration avec un intervalle de seulement 15 minutes entre les usagers (Basée sur > 50 CAH). Après le dernier patient et un temps d'attente de 15 minutes, vous pouvez éteindre l'appareil, et repartir l'appareil le lendemain 15 minutes avant utilisation.

L'entretien ménager doit être fait entre chaque usager et ce, après le dépôt complet des microorganismes sur les objets et surfaces dans le local : nettoyer et désinfecter le matériel réutilisable avec des lingettes désinfectantes.

### A l'extérieur :

S'il n'est pas possible de procéder à l'induction des expectorations dans une chambre à pression négative ou dans une tente portative à pression négative, et si la température le permet, l'induction des expectorations pourra être faite à l'extérieur. Veiller à préserver la confidentialité et l'intimité de la personne pendant la procédure.

### CONTRE-INDICATIONS ET CONDUITES A TENIR



Non disponibilité d'une chambre à pression négative ou d'une tente portative à pression négative  
ou  
Impossibilité de procéder à l'induction à l'extérieur

Se référer au  
*Guide de triage par GeneXpert*  
(DSPu-TB\_DETECT-GUIDE-TRIAGE-GX)

<sup>4</sup> Voir Médications

# Investigations diagnostiques

## Protocole d'induction des expectorations

### MATÉRIEL NÉCESSAIRE

- Nébulisateur
  - Masque pour la nébulisation;
  - Solution Saline Hypertonique 7 %
  - Contenant pour recueillir les sécrétions (tube à fond conique Falcon ou Mucus trap si aspirations nasopharyngées);
  - Papiers-mouchoirs;
  - Équipements de protection individuelle pour l'infirmière : masque N95, gants jetables ou stériles selon la procédure utilisée (voir Procédures).
- **Clientèle pédiatrique > 6 kg et < 18 ans ou toute personne souffrant d'une condition médicale nécessitant un bronchodilatateur préalable à la procédure (voir Contre-indications et conduites à tenir) :**
- Ventolin (inhalation de salbutamol).  
À donner en nébulisation de préférence (double usage du masque) à une aérochambre (plus dispendieux).
- **Clientèle pédiatrique incapable de produire des expectorations :**
- Machine à suction;
  - Cathéter à suction calibre 8fr normalement;
  - Équipements de protection individuelle pour l'accompagnateur : masque N95.

### MÉDICATIONS

- Solution Saline Hypertonique 7 % : une ampoule unidose de 4 ml en nébulisation.
  - Ventolin (inhalation de salbutamol) en pré-induction (voir Contre-indications et conduites à tenir) :
- **Clientèle pédiatrique > 6 kg et < 18 ans :**
1. Ventolin 0.15 mg/kg/dose (max. 0.5ml) ou 0,03ml/kg/dose d'une solution de 5mg/ml (maximum 0.5ml) dans 2 ml de NaCl 0.9% en nébulisation  
**OU**
  2. Ventolin 100 mcg 2 inhalations (à administrer via un aérochambre)
- **Clientèle adulte avec une contre-indication nécessitant un bronchodilatateur préalable à la procédure :**
- 1) 2,5 mg en nébulisation : toujours diluer avec 2ml de NaCl 0.9%
  - OU**
  - 2) Ventolin 100 mcg 2 inhalations (à administrer via un aérochambre)
- N.B.** Si bronchospasme durant l'intervention, vous référer au médecin de garde rapidement.

# Investigations diagnostiques

## Protocole d'induction des expectorations

- ◆ NPO une heure avant le test.
- ◆ Pas de salive.

### PROCÉDURE

#### Informations au patient :

1. Patient NPO pour une heure précédant le test;
2. ~~Patient doit rincer sa bouche avec de l'eau avant et après la procédure;~~
3. Raison de la procédure;
4. Utilisation du nébulisateur;
5. Goût salé de la solution hypertonique;
6. ~~Respiration régulière mais profonde par la bouche;~~
7. Toux forte pour expectorer des crachats profonds (et non de la salive) dans le contenant;
8. ~~Importance de rester dans le local jusqu'à ce que la toux soit arrêtée;~~
9. Période d'attente pour les résultats.

#### Clientèle pédiatrique incapable de produire des expectorations :

1. Évaluer la respiration de l'usager (fréquence, amplitude, rythme et bruits respiratoires audibles). Répéter l'évaluation après le traitement de Ventolin et le traitement de solution hypertonique;
2. Prétraitement avec le Salbutamol pour prévenir le bronchospasme (voir Médication);
3. Administrer la solution hypertonique (Voir Matériel nécessaire).  
**Ne pas mélanger le Salbutamol et la solution hypertonique puisque l'effet irritant est diminué empêchant l'effet désiré;**
4. Régler la pression d'aspiration entre 60 et 100 mm Hg.
5. Utiliser des gants stériles;
6. Humidifier le cathéter à succion avec la solution saline de 0,9 % pour lubrifier le cathéter et faciliter l'insertion nasale;
7. Insérer dans la narine le cathéter à succion jusque dans la région nasopharyngée pour induire la toux;
8. Aspirer les sécrétions dans le contenant approprié (*Mucus Trap*). Obtenir un échantillon de 5-10 ml (minimum 1 ml pour le GeneXpert, et 3 ml pour les BK).
9. Fermer le contenant et l'identifier avec l'étiquette appropriée;
10. S'assurer de l'étanchéité du contenant selon le protocole du laboratoire. Mettre les échantillons dans des sacs de plastique de déchets biomédicaux individuels et les envoyer au laboratoire (**garder au frigo 4°C, et à l'abri de la lumière**). **Important : spécifier que le spécimen a été recueilli par induction, et indiquer BK#1; BK#2, BK#3 selon le cas;**
11. Les échantillons peuvent tous être obtenus dans la même journée en respectant un intervalle minimal d'une heure et en répétant les étapes de 1 à 10 pour chaque prélèvement. Au total, quatre échantillons<sup>1</sup> sont requis soit 1 pour le GeneXpert et 3 pour les BK expectorations.

#### \*\*\* À noter :

Le GeneXpert et le premier BK peuvent être faits en même temps, mais doivent être récoltés dans deux contenants différents.

Si vous utilisez deux contenants pour le GeneXpert et le premier BK, vous devez préparer deux cathéters à succion + *Mucus Trap* et les ouvrir. Vous prélevez le GeneXpert dans la première narine avec le premier kit « cathéter à succion + *Mucus Trap* » et le BK #1 dans la deuxième narine avec le deuxième kit.

# Investigations diagnostiques

## Protocole d'induction des expectorations

- ◆ 5-10 ml (minimum 1 ml) pour le GeneXpert, et 3 ml pour les frottis-cultures.

### Adulte et clientèle pédiatrique capable de produire des expectorations :

1. Évaluer la respiration de l'usager (fréquence, amplitude, rythme et bruits respiratoires audibles). Répéter l'évaluation après le traitement de Ventolin (selon protocole et/ou prescription médicale) et le traitement de solution hypertonique;
2. Prétraitement au Ventolin pour prévenir le bronchospasme (selon protocole et/ou prescription médicale);
3. Administrer la solution hypertonique (Voir Matériel nécessaire);
4. Utiliser des gants jetables;
5. Faire cracher l'usager pour obtenir un échantillon de 5-10 ml (minimum 1 ml pour le GeneXpert, et 3 ml pour les BK) d'expectoration provenant des poumons (non de salive) directement dans le contenant approprié (tube à fond conique Falcon). Durée maximale de 20 minutes;
6. S'assurer de l'étanchéité du contenant selon le protocole du laboratoire. Mettre les échantillons dans un sac de déchets biomédicaux et les envoyer au laboratoire (garder au frigo 4°C, et à l'abri de la lumière). **Important : spécifier que le spécimen a été recueilli par induction, et indiquer BK#1; BK#2, BK#3 selon le cas;**
7. Les échantillons peuvent tous être obtenus dans la même journée en respectant un intervalle minimal d'une heure et en répétant les étapes de 1 à 6 pour chaque prélèvement. **Au total, quatre échantillons<sup>1</sup> sont requis soit 1 pour le GeneXpert et 3 pour les BK expectorations.**

### Arrêt de la procédure si :

- L'usager a produit au moins 1-2 ml d'expectoration provenant des poumons et ne peut en produire davantage;
- La nébulisation est complétée et l'usager ne peut produire de crachat acceptable;
- L'usager se plaint de dyspnée, d'oppression thoracique, de respiration sifflante (*wheezing*), d'étourdissement ou de nausée.

### \*\*\* À noter :

Le GeneXpert et le premier BK peuvent être faits en même temps, mais doivent être récoltés dans deux contenants différents.

### RESPONSABILITÉS DE L'APPLICATION

La Direction des soins infirmiers est responsable de l'application du présent protocole.

### ENTRÉE EN VIGUEUR

Mars 2020

# Investigations diagnostiques

## Séquences des tests de laboratoire

### Boîte à outils - tuberculose

▶ [Introduction](#)

▶ [Villages prioritaires](#)

▼ [Investigations diagnostiques](#)


Évaluation clinique d'un cas suspect/contact d'un cas de TB active 

1<sup>ère</sup> diffusion

Mise à jour


2020-03-25

2022-06-07

Demande de consultation en radiologie - Tuberculose 


2020-03-25

2022-06-07

Protocole d'induction des expectorations pour la recherche des BK 


2020-03-25

2020-03-10

→ Séquences des tests de laboratoire pour la recherche de BK 

2020-03-25

2022-06-07

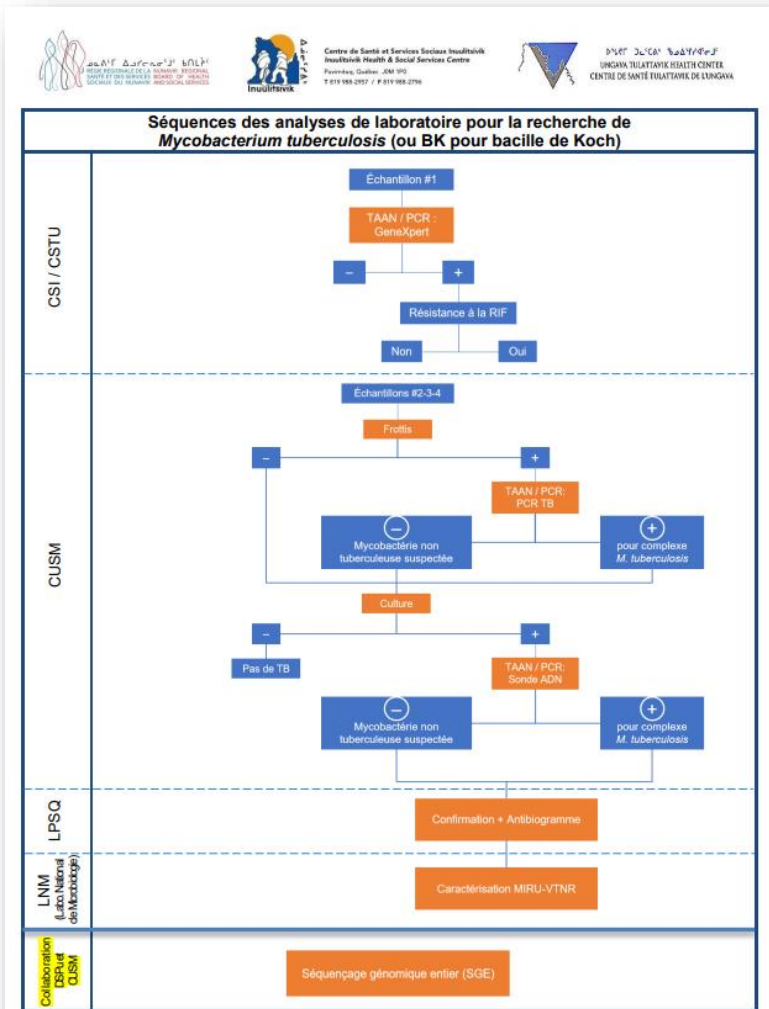
Guide de triage par GeneXpert 

2020-03-25

2022-06-07

# Investigations diagnostiques

## Séquences de laboratoire



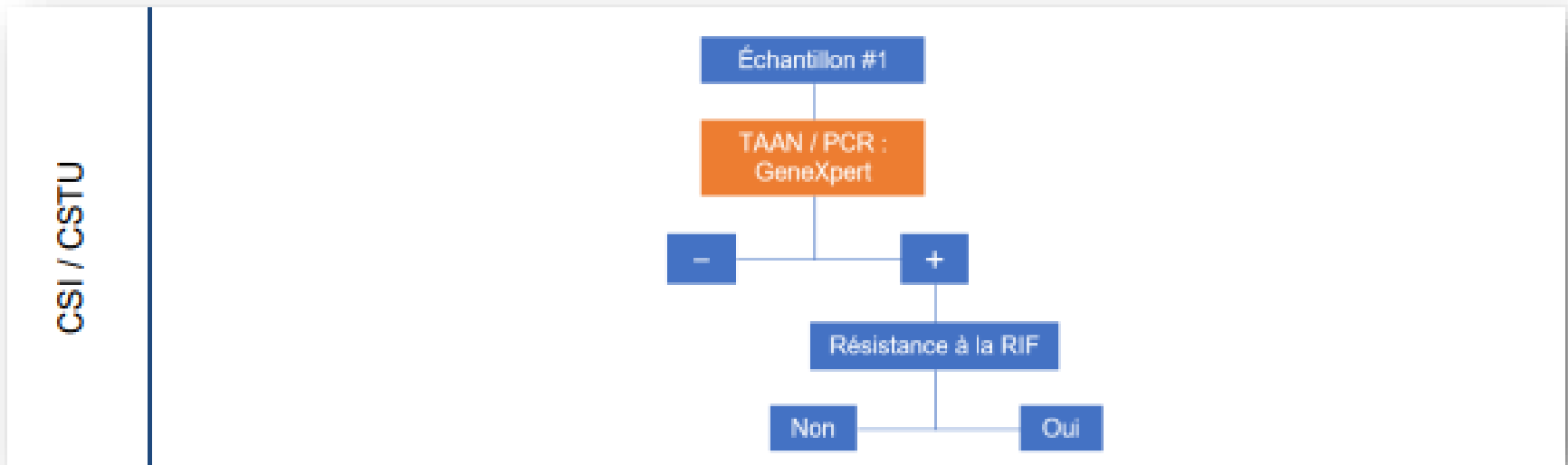
Type de test	Nom figurant sur les résultats labo	Définition
TAAN/PCR	GenXpert MTB/RIF	<ul style="list-style-type: none"> <li>Spécifique pour <i>M. tuberculosis</i>.</li> <li>Test rapide fait uniquement sur le premier des quatre échantillons fournis initialement par la personne suspectée de TB active.</li> <li>Inclus l'identification de l'ADN <i>M. tuberculosis</i>, de plus qu'un test rapide de sensibilité à la rifampicine.</li> <li>Si positif, confirme une TB active.</li> <li>Ne pas répéter si TB active confirmée dans les 24 derniers mois rétroactifs.</li> </ul>
Frottis	Auramine BAAR	<ul style="list-style-type: none"> <li>Analyse microscopique sur lame de l'échantillon.</li> <li>Recherche de bacille alcoolico-acido résistant (BAAR) par coloration.</li> <li>Techniques de coloration : Auramine (plus sensible). Si Auramine douteux ou positif, complété par coloration de Kinyoun ou Ziehl-Neelsen (plus spécifique).</li> <li>Résultat final : nég., douteux, +, ++, +++ ou ++++</li> </ul>
TAAN/PCR	PCR TB	<ul style="list-style-type: none"> <li>Fait systématiquement sur l'expectorant brut si frottis positif.</li> <li>TAAN/PCR non spécifique pour <i>M. tuberculosis</i>.</li> <li>Test rapide qui permet d'identifier l'espèce du Mycobacterium détecté.</li> <li>Réplique l'ARN de la bactérie donc plus sensible que la sonde ADN.</li> <li>Si PCR TB négatif, il peut s'agir d'une mycobactérie atypique (ex. : <i>Avium</i>, <i>Fortuitum</i>, <i>Gordoniae</i>, etc)</li> <li>Si PCR TB positif, il s'agit d'une mycobactérie du complexe <b>tuberculosis</b> (ex. : <i>M. tuberculosis</i>, <i>M. africanum</i>, <i>M. bovis</i>, etc.)</li> </ul>
Culture		<ul style="list-style-type: none"> <li>Spécifique pour <i>M. tuberculosis</i></li> <li>Croissance du microorganisme sur milieu solide. Celle-ci peut être objectivée dès la 3<sup>e</sup> semaine. Une culture est considérée négative sur un échantillon après 6 à 8 semaines.</li> </ul>
TAAN/PCR	Sonde ADN/DNA probe (= « accuprobe »)	<ul style="list-style-type: none"> <li>Sonde ADN/DNA probe (= « accuprobe »). Fait systématiquement si culture en croissance.</li> <li>TAAN/PCR non spécifique pour <i>M. tuberculosis</i>.</li> <li>Permet d'identifier l'espèce du Mycobacterium détecté.</li> <li>Détecte sans répliquer la bactérie donc moins sensible que le PCR TB.</li> <li>Si sonde ADN négatif, il peut s'agir d'une mycobactérie atypique (ex. : <i>Avium</i>, <i>Fortuitum</i>, <i>Gordoniae</i>, etc)</li> <li>Si sonde ADN positif, il s'agit d'une mycobactérie du complexe <b>tuberculosis</b> (ex. : <i>M. tuberculosis</i>, <i>M. africanum</i>, <i>M. bovis</i>, etc.)</li> </ul>
Antibiogramme	Antibiogramme	Épreuve de sensibilité aux antituberculeux.
Caractérisation MIRU-VNTR		<ul style="list-style-type: none"> <li>Précise le profil génétique de la souche de <i>M. tuberculosis</i>.</li> <li>Délai d'environ 3 à 4 mois.</li> </ul>
Séquençage génomique entier (SGE)		<ul style="list-style-type: none"> <li>Précise le profil génétique de la souche de <i>M. tuberculosis</i>.</li> <li>Résolution plus élevée que le MIRU-VNTR.</li> <li>Permet de différencier une réinfection d'une rechute, et d'aider à identifier l'origine des nouveaux cas de tuberculose.</li> </ul>

(DSPu\_TB\_SEQUENCES-LABO, V2022-06-07)

2 de 2  
NE PAS CLASSER AU DOSSIER

# Investigations diagnostiques

## Séquences de laboratoire



### ① GeneXpert

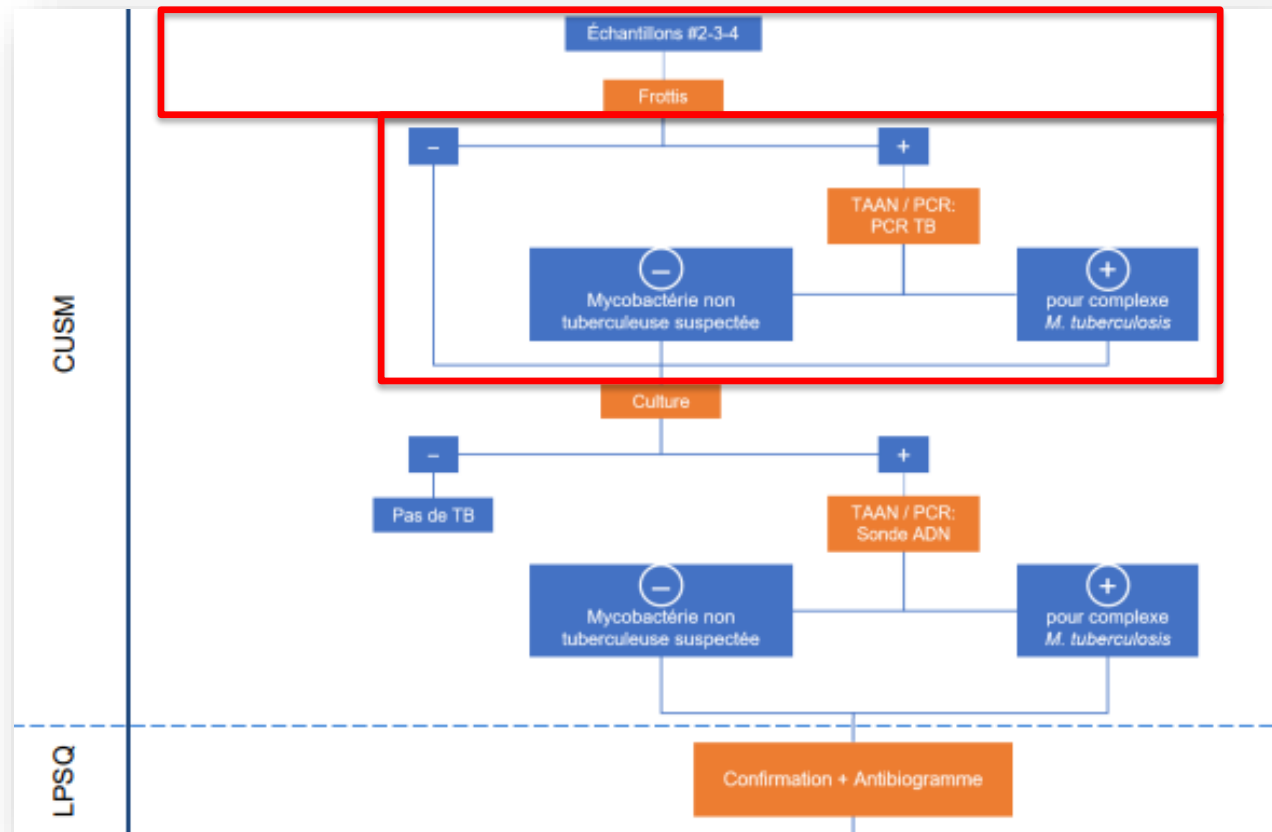
- ◆ Spécifique pour *M. tuberculosis*
- ◆ Rapide
- ◆ Inclut un test de sensibilité à la Rifampicine

# Investigations diagnostiques

## Séquences de laboratoire

### ② Frottis

- ◆ Recherche de BAAR par coloration
- ◆ Si positif
- > ③ TB PCR
- ◆ Différencie les MNT des mycobactéries appartenant au complexe *M. tuberculosis*





# Investigations diagnostiques

## Séquences de laboratoire

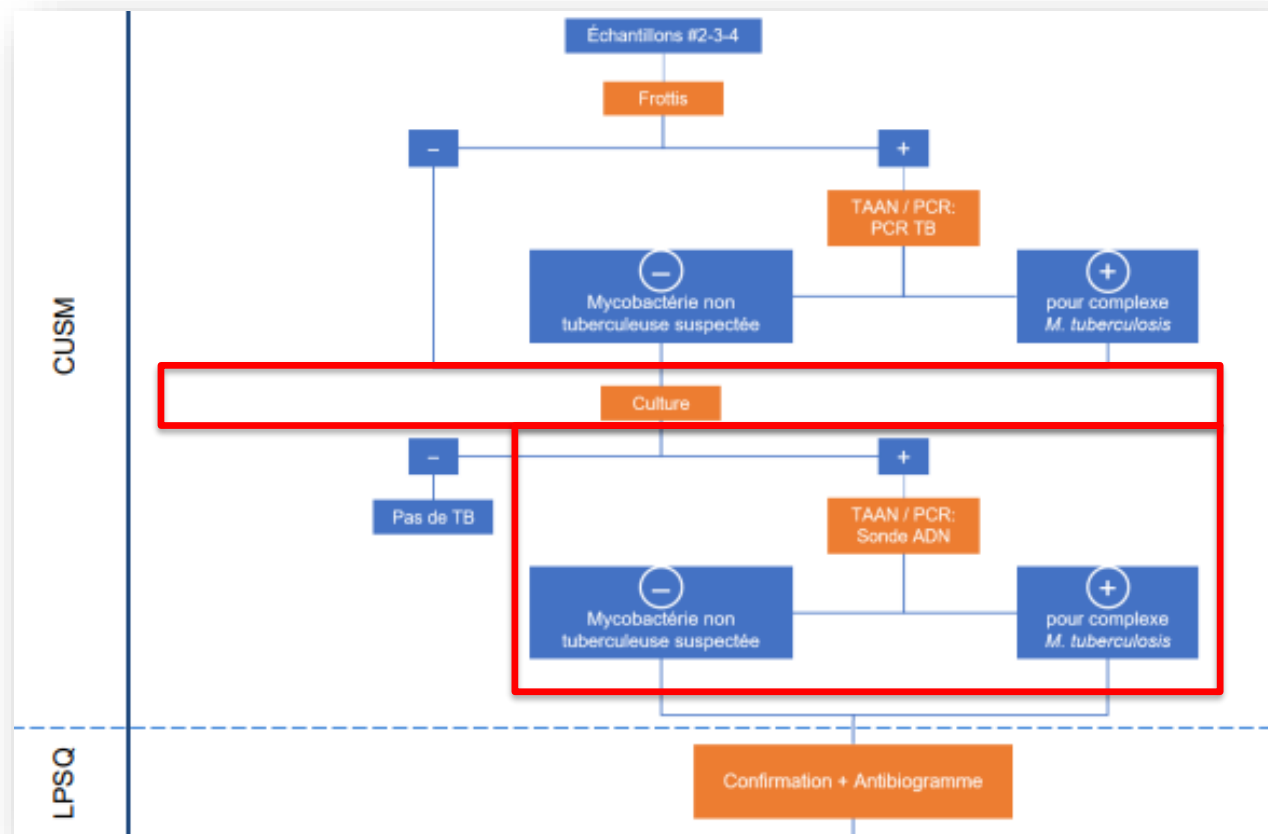
### ④ Culture

◆ Si en croissance

→ ⑤ Sonde ADN  
ADN

(= accuprobe)

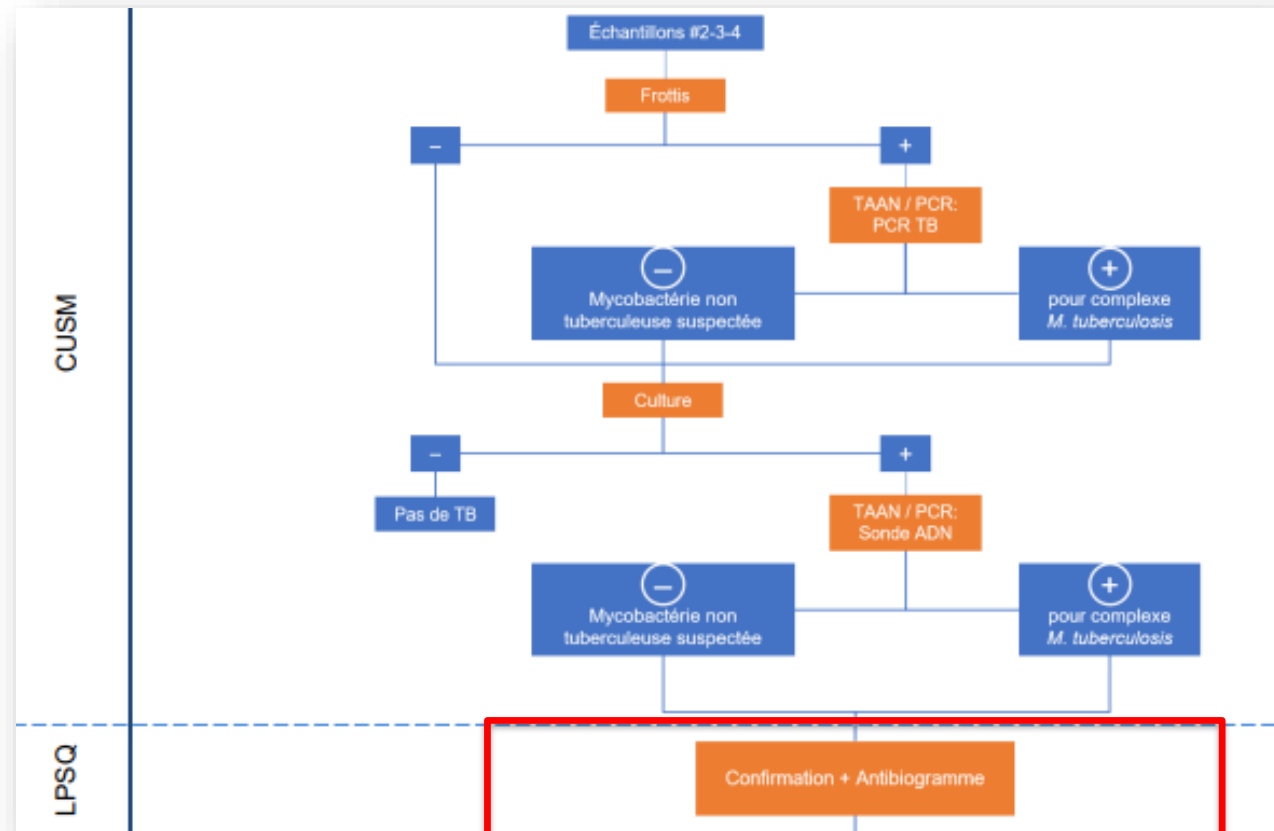
◆ Différencie les MNT des mycobactéries appartenant au complexe *M. tuberculosis*



# Investigations diagnostiques

## Séquences de laboratoire

### ⑥ Confirmation + antibiogramme



# Investigations diagnostiques

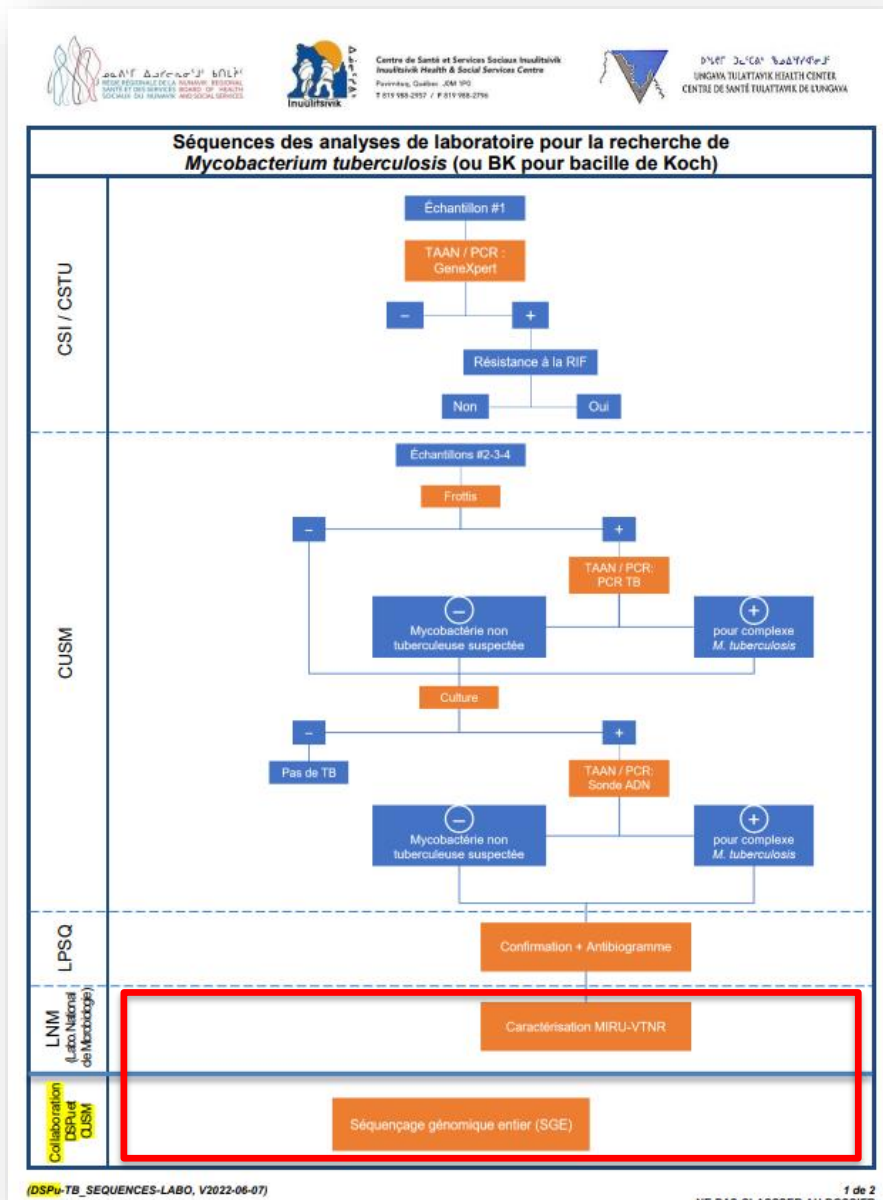
## Séquences de laboratoire

### 7 MIRU

- ◆ Systématique mais peu aidant car pas assez précis

### 8 Caractérisation génomique

- ◆ À la demande de la DSP<sub>U</sub>
- ◆ Plus précis pour connaître les chaînes de transmission



# Investigations diagnostiques

## Guide de triage par GeneXpert

### Boîte à outils - tuberculose

▶ [Introduction](#)

▶ [Villages prioritaires](#)

▼ [Investigations diagnostiques](#)


Évaluation clinique d'un cas suspect/contact d'un cas de TB active 

1<sup>ère</sup> diffusion

Mise à jour


2020-03-25

2022-06-07

Demande de consultation en radiologie - Tuberculose 


2020-03-25

2022-06-07

Protocole d'induction des expectorations pour la recherche des BK 



2020-03-25

2020-03-10

Séquences des tests de laboratoire pour la recherche de BK 

2020-03-25

2022-06-07

 Guide de triage par GeneXpert 

2020-03-25

2022-06-07

# Investigations diagnostiques

## Triage par GeneXpert

- ◆ CONTEXTE :
  - ◆ Lorsque patient suspecté de TB active
  - ◆ En l'absence de service radiologique sur place



<b>Titre</b>	GUIDE DE TRIAGE PAR GENEXPERT
<b>CODE de Boîte à outils TB</b>	DSPu-TB_DETECT-GUIDE-TRIAGE-GX
<b>Date de modification</b>	2022-06-07

### POINT CLÉ

- Le GeneXpert est un outil de diagnostic rapide, sensible et spécifique au *Mycobacterium tuberculosis* utilisant un spécimen d'expectoration chez les personnes suspectées de tuberculose pulmonaire.

### BUT

- Détecter précocement la présence de *M. tuberculosis* dans les expectorations de personnes suspectées de TB active à l'aide du GeneXpert (PCR).
- Déterminer, lorsqu'il n'y a pas de service radiologique sur place, et à l'aide du résultat du GeneXpert, le mode de transfert approprié pour un patient suspecté de TB active.

### OBJECTIFS

- Connaître les étapes du triage par GeneXpert pour les cas de TB active suspectée.
- Offrir un suivi optimal lors du triage par GeneXpert en fonction des paramètres définis.
- Transférer un patient suspecté de TB active d'un village vers le centre hospitalier en répondant aux normes de santé publique.

### RESPONSABILITÉS

- L'**infirmière** obtient les échantillons d'expectorations selon la disponibilité ou non d'une tente portative à pression négative sur place.
- Le **médecin** interprète les résultats de GeneXpert et analyse la condition médicale du patient pour déterminer un transport adapté à la situation.
- Le **médecin** discute des modalités de transfert avec le médecin-conseil en tuberculose ou le médecin de garde de la DSPu, dans le cas d'un résultat de GeneXpert positif.

### PROCÉDURE DE PRÉLEVEMENT DES EXPECTORATIONS

- Lorsqu'une tente portative à pression négative est disponible localement, l'application de la procédure de prélèvement d'expectorations provoquées par induction augmente la sensibilité d'un diagnostic de TB active (pulmonaire) par PCR (Se référer au [Protocole d'induction des expectorations pour la recherche de BK](#) pour obtenir les échantillons de qualités requis).
- Par contre, dans le cadre d'un triage pour déterminer le mode de transport du patient vers le centre de santé, une analyse PCR effectuée sur une expectoration spontanée (au lever idéalement) chez un patient qui est capable d'expectorer demeure valable. Une fois au centre de santé, les prélèvements bactériologiques devront être complétés par une série de prélèvements d'expectorations provoquées tel que décrit dans le [Protocole d'induction des expectorations pour la recherche de BK](#).

### PROCÉDURE DE TRANSPORT

- Le patient est transféré sur vol nolisé si le GeneXpert est positif et que c'est la recommandation de santé publique, ou si une condition clinique nécessite un transfert rapide.
- Le patient peut être transféré sur un vol régulier si le GeneXpert est négatif.

# Investigations diagnostiques

## Triage par GeneXpert

- ◆ OBJECTIF :
  - ◆ Détecter précocement la présence de *M. tuberculosis*.
  - ◆ Choisir le mode de transfert adapté, qui répond aux normes de SP.



<b>Titre</b>	GUIDE DE TRIAGE PAR GENEXPERT
<b>CODE de Boîte à outils TB</b>	DSPu-TB_DETECT-GUIDE-TRIAGE-GX
<b>Date de modification</b>	2022-06-07

### POINT CLÉ

- Le GeneXpert est un outil de diagnostic rapide, sensible et spécifique au *Mycobacterium tuberculosis* utilisant un spécimen d'expectoration chez les personnes suspectées de tuberculose pulmonaire.

### BUT

- Détecter précocement la présence de *M. tuberculosis* dans les expectorations de personnes suspectées de TB active à l'aide du GeneXpert (PCR).
- Déterminer, lorsqu'il n'y a pas de service radiologique sur place, et à l'aide du résultat du GeneXpert, le mode de transfert approprié pour un patient suspecté de TB active.

### OBJECTIFS

- Connaître les étapes du triage par GeneXpert pour les cas de TB active suspectée.
- Offrir un suivi optimal lors du triage par GeneXpert en fonction des paramètres définis.
- Transférer un patient suspecté de TB active d'un village vers le centre hospitalier en répondant aux normes de santé publique.

### RESPONSABILITÉS

- L'**infirmière** obtient les échantillons d'expectorations selon la disponibilité ou non d'une tente portative à pression négative sur place.
- Le **médecin** interprète les résultats de GeneXpert et analyse la condition médicale du patient pour déterminer un transport adapté à la situation.
- Le **médecin** discute des modalités de transfert avec le médecin-conseil en tuberculose ou le médecin de garde de la DSPu, dans le cas d'un résultat de GeneXpert positif.

### PROCÉDURE DE PRÉLEVEMENT DES EXPECTORATIONS

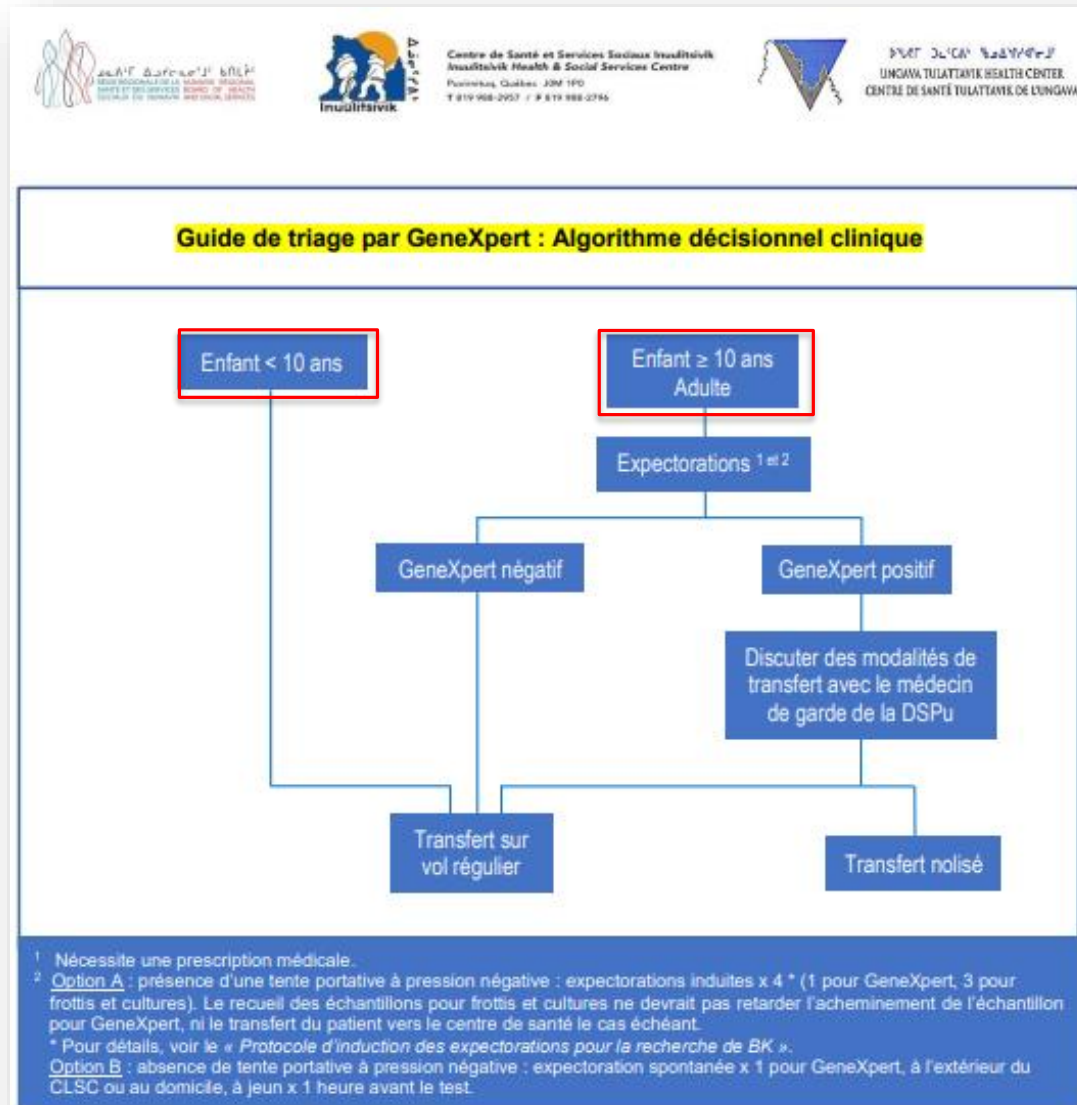
- Lorsqu'une tente portative à pression négative est disponible localement, l'application de la procédure de prélèvement d'expectorations provoquées par induction augmente la sensibilité d'un diagnostic de TB active (pulmonaire) par PCR (Se référer au [Protocole d'Induction des expectorations pour la recherche de BK](#) pour obtenir les échantillons de qualités requis).
- Par contre, dans le cadre d'un triage pour déterminer le mode de transport du patient vers le centre de santé, une analyse PCR effectuée sur une expectoration spontanée (au lever idéalement) chez un patient qui est capable d'expectorer demeure valable. Une fois au centre de santé, les prélèvements bactériologiques devront être complétés par une série de prélèvements d'expectorations provoquées tel que décrit dans le [Protocole d'Induction des expectorations pour la recherche de BK](#).

### PROCÉDURE DE TRANSPORT

- Le patient est transféré sur vol nolisé si le GeneXpert est positif et que c'est la recommandation de santé publique, ou si une condition clinique nécessite un transfert rapide.
- Le patient peut être transféré sur un vol régulier si le GeneXpert est négatif.

# Investigations diagnostiques

## Triage par GeneXpert







# TB latente

## Prescription RIF

Réservé a la  
pharmacie



- CENTRE DE SANTE TULATTAVIK DE L'UNGAVA  
 CENTRE DE SANTE INNULITSIVIK

### CONSULTATION EN RADIOLOGIE DIAGNOSTIQUE Tuberculose (TB)

EMBOSSER ICI LA CARTE DU CSI OU CSTU.  
SI NON DISPONIBLE, INSCRIRE LES NOM, PRENOM,  
DATE DE NAISSANCE ET NUMERO DOSSIER

EMBOSS HERE THE CARD OF IHC OR UTHC.  
IF NOT AVAILABLE, WRITE THE NAME, SURNAME,  
DATE OF BIRTH AND FILE NUMBER

#### Examen demandé : POUMONS

- Postéro-Antérieur  Latéral  Lordotique

Examen antérieur  Oui  Non

Hospitalisé  Urgence  Externe

Ambulant  Fauteuil  Civière  Au lit

Lecture rapide svp  Patiente enceinte  Oui  Non

Dernier TCT : \_\_\_\_\_ mm Date (aaaa/mm/jj) : \_\_\_\_\_

TB active antérieure Année(s) : \_\_\_\_\_

ITL antérieure Année : \_\_\_\_\_

Date prévue de la RXP (aaaa/mm/jj) : \_\_\_\_\_

Notes infirmières : \_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

Commentaires Médecin :

Signature : \_\_\_\_\_ # Licence : \_\_\_\_\_

Date de la requête (aaaa/mm/jj) : \_\_\_\_\_

**Indication** : Cocher un seul choix parmi les protocoles suivants :

- Suspicion de TB active SANS contact connu de TB
- Investigation d'un contact TB asymptomatique
- Investigation d'un contact TB symptomatique
- Traitement de TB active en cours : nombre mois de tx
- Évaluation pré-prophylaxie
- Dépistage populationnel/ciblé
- Suivi clinico-radiologique (SCR) :  
RXP # \_\_\_\_\_ d'une série de nombre ad année \_\_\_\_\_  
a)  SCR post traitement ITL/TB active  
b)  SCR pour prophylaxie inadéquate  
c)  SCR post-réexposition (contact étroit) à un cas de TB frottis positif  
Date du dernier contact (aaaa/mm/jj) : \_\_\_\_\_

#### PROTOCOLE RADIOLOGIQUE (Partie réservée au technologue en radiologie)

Nombre d'images : \_\_\_\_\_ Signature : \_\_\_\_\_

# TB latente

## Prescription INH TOD



<b>Programme de Tuberculose Prescription médicale</b>
<b>TRAITEMENT INFECTION TUBERCULEUSE LATENTE - ISONIAZIDE TOD</b>
Allergies : <input type="checkbox"/> Nil ou Préciser : _____
<input type="checkbox"/> Grossesse: _____ semaines <input type="checkbox"/> Allaitement


**ADULTE OU ENFANT**

 Date de prescription: \_\_\_\_/\_\_\_\_/\_\_\_\_  
 AAAA-MM-JJ

Poids: \_\_\_\_kg

**Isoniazide (INH) TOD 2x/semaine soit, 78 doses sur 9 mois\***
 ENFANT (moins de 15 ans)

Isoniazide 20-30 mg/kg (max. : 900 mg), soit :

Pyridoxine (vit. B6) 2 mg/kg (max. : 50 mg), soit :

 ADULTE (15 ans et plus)

Isoniazide 20-30 mg/kg (max. : 900 mg), soit :

Pyridoxine (vit. B6) 2 mg/kg (max. : 50 mg), soit :

**À COMPLÉTER PAR LA PHARMACIE :**

\_\_\_\_\_ mg PO 2x/semaine X 78 doses

\_\_\_\_\_ mg PO 2x/semaine X 78 doses

\_\_\_\_\_ mg PO 2x/semaine X 78 doses

\_\_\_\_\_ mg PO 2x/semaine X 78 doses

\* 78 doses sur 9 mois à donner en thérapie sous observation directe (TOD) 2x/semaine.

Signature du médecin \_\_\_\_\_

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

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 :			
<b>Centre de santé Inuitsivik</b>		<b>Centre de santé Tulattavik de l'Ungava</b>	
<input type="checkbox"/> Salluit 819 255-9090	<input type="checkbox"/> Inukjuak 819 254-9090	<input type="checkbox"/> Kangisualujuag 819 337-9090	<input type="checkbox"/> Kangirsuk 819 935-9090
<input type="checkbox"/> Ivujivik 819 922-9090	<input type="checkbox"/> Umiujaq 819 331-9090	<input type="checkbox"/> Kuujjuag 819 964-2905	<input type="checkbox"/> Quaqtaq 819 492-9090
<input type="checkbox"/> Akulivik 819 496-9090	<input type="checkbox"/> Kuujjuarapik 819 929-9090	<input type="checkbox"/> Aupaluk 819 491-9090	<input type="checkbox"/> Kangiqsujuag 819 338-9090
<input type="checkbox"/> Puvimittuq 819 988-9090			<input type="checkbox"/> Tasiujaq 819 633-9090
<input type="checkbox"/> <b>PHARMACIE INUULTSIVIK, PUVIRNITUQ</b> Tél. : 819 988-2957 #263/292 Fax : 819 988-2551 Courriel : <a href="mailto:pharmacie.puv@ssss.qouv.qc.ca">pharmacie.puv@ssss.qouv.qc.ca</a>		<input type="checkbox"/> <b>PHARMACIE TULATTAVIK, KUUJJUAG</b> Tél. : 819 964-2905 # 201/277 Fax : 819 964-0035 Courriel : <a href="mailto:kuujjuag.pharmacy@ssss.qouv.qc.ca">kuujjuag.pharmacy@ssss.qouv.qc.ca</a>	
<input type="checkbox"/> <b>PHARMACIE VOYER, MONTRÉAL</b> Tél. : 1 877 426-0406 Télécopieur : 1 877 426-0546 Courriel : <a href="mailto:fph022@pharmaprix.ca">fph022@pharmaprix.ca</a>			

# TB latente

## Prescription INH die



## IDENTIFICATION

EMBOSSER ICI LA CARTE DU GSI ou GSTU  
SI NON DISPONIBLE, INSCRIRE LES  
PRÉNOM, NOM, DATE DE NAISSANCE ET  
NO. DOSSIER

**Programme de Tuberculose  
Prescription médicale**
**TRAITEMENT INFECTION  
TUBERCULEUSE LATENTE - ISONIAZIDE DIE**

 Allergies :  Nil ou Préciser : \_\_\_\_\_

 Grossesse: \_\_\_\_\_ semaines  Allaitement

**ADULTE OU ENFANT**

 Date de prescription: \_\_\_\_/\_\_\_\_/\_\_\_\_  
AAAA-MM-JJ

Poids: \_\_\_\_ kg

**Isoniazide (INH) DIE auto-administré soit 270 doses sur 9 mois**
 **ENFANT (moins de 15 ans)**

Isoniazide 10mg/kg (10 à 15 mg/kg) (max. : 300 mg), soit :

Pyridoxine (vit. B6) 1 mg/kg (max. : 25 mg), soit :

 **ADULTE (15 ans et plus)**

Isoniazide 5 mg/kg (max. : 300 mg), soit :

Pyridoxine (vit. B6) 1 mg/kg (max. : 25 mg), soit :

**À COMPLÉTER PAR LA PHARMACIE :**

\_\_\_\_\_ mg PO DIE x 270 doses

\_\_\_\_\_ mg PO DIE x 270 doses

\_\_\_\_\_ mg PO DIE x 270 doses

\_\_\_\_\_ mg PO DIE x 270 doses

Signature du médecin \_\_\_\_\_

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



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	
<input type="checkbox"/> Salluit 819 255-9090	<input type="checkbox"/> Inukjuak 819 254-9090	<input type="checkbox"/> Kangiqsualujuaq 819 337-9090	<input type="checkbox"/> Kangirsuk 819 935-9090
<input type="checkbox"/> Ivujivik 819 922-9090	<input type="checkbox"/> Umiujaq 819 331-9090	<input type="checkbox"/> Kuujuaq 819 964-2905	<input type="checkbox"/> Quaqtaq 819 492-9090
<input type="checkbox"/> Akulivik 819 496-9090	<input type="checkbox"/> Kuujuarapik 819 929-9090	<input type="checkbox"/> Aupaluk 819 491-9090	<input type="checkbox"/> Kangiqsujuaq 819 338-9090
<input type="checkbox"/> Puvimut 819 988-9090		<input type="checkbox"/> Tasiujaq 819 633-9090	
<input type="checkbox"/> PHARMACIE INUULITSIVIK, PUVIRNITUQ Tél. : 819 988-2957 #263 /292 Fax : 819 988-2651 Courriel : <a href="mailto:pharmacie.puv@ssss.gouv.qc.ca">pharmacie.puv@ssss.gouv.qc.ca</a>		<input type="checkbox"/> PHARMACIE TULATTAVIK, KUUJUAQ Tél. : 819 964-2905 # 201/277 Fax : 819 964-0035 Courriel : <a href="mailto:kujuaq.pharmacy@ssss.gouv.qc.ca">kujuaq.pharmacy@ssss.gouv.qc.ca</a>	
<input type="checkbox"/> PHARMACIE VOYER, MONTRÉAL Tél. : 1 877 420-0406 Télécopieur : 1 877 420-0546 Courriel : <a href="mailto:fphx022@phamaprix.ca">fphx022@phamaprix.ca</a>			

# TB latente

## Prescription RIF fenêtre

 <p>Centre de Santé et Services Sociaux Inuitivik Inuitivik Health &amp; Social Services Centre Puvirnituq, Québec J0M 1P0 T 819 988-2957 / F 819 988-2755</p> <p>ᑭᕐᕐᕐ ᑭᕐᕐᕐ ᑭᕐᕐᕐᕐᕐ UNGAVA TULATTAVIK HEALTH CENTER CENTRE DE SANTÉ TULATTAVIK DE L'UNGAVA</p>	<p>IDENTIFICATION</p> <p>EMBOSSER ICI LA CARTE DU CSI ou CSTU SI NON DISPONIBLE, INSCRIRE LES PRÉNOM, NOM, DATE DE NAISSANCE ET NO. DOSSIER</p>	
<p><b>Programme de Tuberculose</b> <b>Prescription médicale</b> <b>PROPHYLAXIE TUBERCULOSE</b> <b>PÉRIODE FENÊTRE - ENFANT &lt; 5 ans</b> <b>RIFAMPICINE ou Post TCT POST PÉRIODE</b> <b>FENÊTRE positif</b></p> <p>Allergies : <input type="checkbox"/> Nil ou Préciser : _____</p>		
	<p><b>ENFANT moins de 5 ans</b></p> <p>Date de prescription: ____/____/____ AAAA-MM-JJ</p>	
<p>Poids: ____ kg</p>		
<p>Rifampicine DIE auto administré - période fenêtré ou jusqu'à concurrence de 120 doses/4 mois</p>		
<p><input checked="" type="checkbox"/> <b>PÉRIODE FENÊTRE *</b></p> <p>Rifampicine 15mg/kg (10 à 20 mg/kg) (max. : 600 mg), soit :</p>	<p><b>À COMPLÉTER PAR LA PHARMACIE :</b></p> <p>_____ mg PO DIE</p>	
<p>* Doses die auto-administrées sur 8 semaines ou couvrant la période allant jusqu'au TCT POST PÉRIODE FENÊTRE. D/C prophylaxie Rifampicine si TCT POST PÉRIODE FENÊTRE est négatif.</p>		
<p><b>OU</b></p> <p><input checked="" type="checkbox"/> <b>PÉRIODE POST TCT POST PÉRIODE FENÊTRE POSITIF **</b></p> <p>Rifampicine 15mg/kg (10 à 20 mg/kg) (max. : 600 mg), soit :</p>		<p><b>À COMPLÉTER PAR LA PHARMACIE :</b></p> <p>_____ mg PO DIE</p>
<p>** Après exclusion de TB active, traitement complet, incluant la période fenêtré : 120 doses die auto-administrées sur 4 mois (17 semaines).</p>		
<p>Signature du médecin _____</p>		
<p>Lettres moulées _____</p>		
<p>Licence # _____</p>		
<p>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.</p>		
<p>Cocher le nom du village d'origine et la pharmacie concernée :</p>		
<p><b>Centre de santé Inuitivik</b></p> <p><input type="checkbox"/> Salluit 819 255-9090 <input type="checkbox"/> Ivujivik 819 922-9090 <input type="checkbox"/> Akulivik 819 496-9090 <input type="checkbox"/> Puvimittuq 819 988-9090</p>	<p><b>Centre de santé Tulattavik de l'Ungava</b></p> <p><input type="checkbox"/> Kangiqsualuujuaq 819 337-9090 <input type="checkbox"/> Kuujuaq 819 964-2905 <input type="checkbox"/> Aupaluk 819 491-9090</p> <p><input type="checkbox"/> Kangirsuk 819 935-9090 <input type="checkbox"/> Quaqtaq 819 492-9090 <input type="checkbox"/> Kangiqsujaq 819 338-9090 <input type="checkbox"/> Tasiujaq 819 633-9090</p>	
<p><input type="checkbox"/> <b>PHARMACIE INUULTSIVIK, PUVIRNITUQ</b> Tél. : 819 988-2957 #263 /292 Fax : 819 988-2551 Courriel : <a href="mailto:pharmacie.pov@ssss.gouv.qc.ca">pharmacie.pov@ssss.gouv.qc.ca</a></p>	<p><input type="checkbox"/> <b>PHARMACIE TULATTAVIK, KUUJUAQ</b> Tél. : 819 964-2905 # 201/277 Fax : 819 964-0035 Courriel : <a href="mailto:kuujuaq.pharmacy@ssss.gouv.qc.ca">kuujuaq.pharmacy@ssss.gouv.qc.ca</a></p>	
<p><input type="checkbox"/> <b>PHARMACIE VOYER, MONTRÉAL</b> Tél. : 1 877 426-0408 Télécopieur : 1 877 426-0546 Courriel : <a href="mailto:fohx022@pharmaprix.ca">fohx022@pharmaprix.ca</a></p>		

# TB latente

## Protocoles de suivi ITL

### Boîte à outils - tuberculose

▶	<a href="#">Introduction</a>	
▶	<a href="#">Investigations diagnostiques</a>	
▼	<a href="#">TB latente</a>	
	<b>Prescriptions de la médication ITL</b>	1 <sup>re</sup> diffusion
	Traitement ITL - RIF	Mise à jour
	Traitement ITL - INH TOD	2019-11-29
	Traitement ITL - INH die	2019-11-29
	Traitement ITL - RIF période fenêtre	2019-11-29
	<b>Protocoles de suivi ITL</b>	
	Protocole de suivi ITL - RIF	2019-11-25
	Protocole de suivi ITL - INH DIE et TOD	2019-11-24
	Protocole de suivi ITL - RIF période fenêtre	2019-11-24
	<b>Enregistrement de la médication ITL</b>	
	Enregistrement de la médication ITL - RIF	2019-11-23
	Enregistrement de la médication ITL - INH TOD	2019-11-23
	Enregistrement de la médication ITL - INH die	2019-11-26
	<b>Courbes de compliance Rif / INH die</b>	
	Courbe de compliance - RIF	2020-01-07
	Courbe de compliance - INH die	2019-04-16
	<b>Évaluation clinique mensuelle TB / ITL</b>	
	Procédure - Évaluation clinique mensuelle	2019-02-28
	Évaluation clinique mensuelle	2019-02-28
	<b>Suivi clinico-radiologique</b>	
	Guide de suivi clinico-radiologique	2019-12-18
	Évaluation clinique du suivi clinico-radiologique	2019-12-18
▶	<a href="#">TB active</a>	
▶	<a href="#">S'abonner</a>	

# TB latente

## Protocoles de suivi ITL

### Objectifs :


- ◆ S'assurer d'une **prophylaxie optimale** contre l'ITL afin de prévenir l'apparition d'une tuberculose active.
- ◆ Offrir un **suivi optimal et régulier** aux personnes avec une ITL en cours de traitement.
- ◆ Identifier rapidement les **problèmes de compliance** et offrir le soutien approprié.
- ◆ Détecter précocement les **événements indésirables** et assurer leur prise en charge.

# TB latente

## Protocole de suivi - RIF

### Instructions d'utilisation du protocole :

- ◆ Signé par MD en bas de chaque page = prescription médicale pour les bilans et examens paracliniques
- ◆ Signé par l'INF et le MD dans la colonne de droite en regard des tâches effectuées



Centre de Santé et Services Sociaux Inuitivik  
Inuitivik Health & Social Services Centre  
Pavillon, Québec J0M 1P0  
T 514 988-2957 / F 514 988-2796

ᐱᐱᐱᐱᐱ ᐱᐱᐱᐱᐱ ᐱᐱᐱᐱᐱ ᐱᐱᐱᐱᐱ  
UNGVAVA TULIATTAVIK HEALTH CENTER  
CENTRE DE SANTÉ TULIATTAVIK DE L'UNGVAVA

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.

**INFECTION TUBERCULOSE LATENTE ADULTE ET PÉDIATRIQUE**  
**PROTOCOLE DE SUIVI – ORDONNANCE MÉDICALE STANDARD • RIFAMPICINE (RIF)**

**But :** Uniformiser la prise en charge des cas d'infection tuberculeuse latente (ITL) et assurer la prescription médicale du suivi nécessaire par les différents professionnels de la santé concernés.

**Objectifs :**

- S'assurer d'une prophylaxie optimale contre l'ITL afin de prévenir l'apparition d'une tuberculose active.
- Offrir un suivi optimal et régulier aux personnes avec une ITL en cours de traitement.
- Identifier rapidement les problèmes de compliance et offrir le soutien approprié.
- Détecter précocement les événements indésirables et assurer leur prise en charge (Guide TB, Québec, 2017)

Cette ordonnance doit être initiée par un médecin au moment du diagnostic d'ITL et de la prescription d'anti-tuberculeux.

**Note:**

- Pour toute question, contacter le pneumologue pour adulte à [resp-north@mcgill.ca](mailto:resp-north@mcgill.ca) ou en pédiatrie à [mchtb@muhc.mcgill.ca](mailto:mchtb@muhc.mcgill.ca) OU contacter le pneumologue de garde au CUSM au 514 934-1934.
- Aviser la Direction de Santé publique pour les nouveaux cas d'ITL.

**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 d'ITL. L'infirmière et le médecin doivent signer et cocher 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 d'ITL.

**Rédigé par :** Dre Latoya Campbell du CSTU & Dre Élise Bélanger-Desjardins du CSI  
Dr Jean-François Proulx et l'équipe Inf. en maladies infectieuses de la RRSSSN  
Dr Faiz Ahmad Khan & Dr David Zielinski, pneumologues & consultants TB, CUSM et Nunavik

**Révisé par :** Dre Latoya Campbell du CSTU & Dre Élise Bélanger-Desjardins du CSI  
Dr Jean-François Proulx et Aurélie Heurtebize de la RRSSSN le 2020-10-01


**Approuvé par :** Comité exécutif du CMDPSF du CSI et du CSTU le 2020-12.

# TB latente

## Protocole de suivi - RIF

### Instructions d'utilisation du protocole :

- ◆ Signé par MD en bas de chaque page
- ◆ Colonne « Temps »
- ◆ Colonne « Intervenant »
- ◆ Colonne « Date et signature » signé par INF ou MD en regard des tâches effectuées



Centre de Santé et Services Sociaux Inuitivik  
Inuitivik Health & Social Services Centre  
Puvionuk, Québec J0M 1P0  
T 819 968-2151 / F 819 968-2796

ᐃᓂᓂᓂ ᐃᓂᓂᓂ ᐃᓂᓂᓂ  
UNGAVA TULIATTAVIK HEALTH CENTER  
CENTRE DE SANTÉ TULIATTAVIK 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 INC OR UTHC,  
IF NOT AVAILABLE, WRITE THE NAME, SURNAME,  
DATE OF BIRTH AND FILE NUMBER.

**INFECTION TUBERCULOSE LATENTE  
ADULTE ET PÉDIATRIQUE  
PROTOCOLE DE SUIVI – ORDONNANCE  
MÉDICALE STANDARD • RIFAMPICINE (RIF)**

Temps	Suivi	Interventions et Investigations	Date et Signature
Pré- traitement	MD	<p><b>Avant de prescrire RIF :</b></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>✓ S'assurer que rpx récente (&lt; 12 semaines depuis la rpx précédente)</li> <li>✓ Si BK demandés, s'assurer du résultat négatif des cultures (sauf avis contraire du spécialiste consulté)</li> </ul> <p><b>Vérifier également si:</b></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>1. TB active antérieure: <span style="float: right;"><input type="checkbox"/> Oui <input type="checkbox"/> Non</span></li> <li>2. Antécédents d'hépatite secondaire à antituberculeux : <span style="float: right;"><input type="checkbox"/> Oui <input type="checkbox"/> Non</span></li> <li>3. Cas index résistant à RIF<sup>1</sup>: <span style="float: right;"><input type="checkbox"/> Oui <input type="checkbox"/> Non</span></li> </ul> <p><b>Note:</b> Si Oui à 1, 2 ou 3: consulter <a href="mailto:resp-north@mcgill.ca">resp-north@mcgill.ca</a> (adulte) ou <a href="mailto:mchth@muhc.mcgill.ca">mchth@muhc.mcgill.ca</a> (enfant)</p> <p>Si Non à 1, 2 et 3, débiter le traitement ITL: (ITL-PRESC-Rifampicine)</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>✓ Prescrire Bilan hépatique, Créat., FSC (adulte et enfant), Syphilis<sup>2</sup></li> <li>✓ Vérifier avec pharmacien si interactions médicamenteuses (par ex.: Dilantin)</li> <li>✓ Prévoir dosage de médication (ex.: dilantinémie) en cours de traitement si requis</li> <li>✓ Counseling contraception si contraceptifs oraux. Privilégier progéstatifs, stérilet ou condom.</li> </ul>	<p>Signature _____</p> <p>AA/ MM/ JJ</p>
1 <sup>er</sup> jour / date du début du Tx  AA/ MM/ JJ	Inf.	<p><b>Avant de débiter RIF :</b></p> <ul style="list-style-type: none"> <li><input type="checkbox"/> S'assurer de l'absence de symptômes suggestifs de tuberculose active. Si présence de symptômes, demander avis médical STAT avant de débiter le traitement.</li> <li><input type="checkbox"/> Débiter Rifampicine (RIF) selon prescription médicale</li> <li><input type="checkbox"/> Enseignement à la clientèle (traitement, compliance, effets secondaires)</li> <li><input type="checkbox"/> Prévoir formulaires de suivi:               <ul style="list-style-type: none"> <li><input type="checkbox"/> Courbe de compliance (ITL-COURBE-RIF)</li> <li><input type="checkbox"/> Enregistrement de la médication (ITL-ENREG-MÉD-RIF)</li> <li><input type="checkbox"/> Évaluation clinique mensuelle (TB ACT/ ITL-EVAL MENS)</li> </ul> </li> <li><input type="checkbox"/> Faire bilan hépatique, Créat., FSC (adulte et enfant), Syphilis<sup>2</sup> tel que prescrit plus haut.</li> </ul>	<p>Signature _____</p> <p>AA/ MM/ JJ</p>

Signature du MD : \_\_\_\_\_ N° permis : \_\_\_\_\_ Date : \_\_\_\_/\_\_\_\_/\_\_\_\_




# TB latente

## Protocole de suivi - RIF

### En pré-traitement / MD :

- ◆ S'assurer que toute TB active est exclue !



Centre de Santé et Services Sociaux Inuitivik  
Inuitivik Health & Social Services Centre  
Puvionne, Québec J0M 1P0  
T 819 968-2157 / F 819 968-2796

ᐅᐅᐅᐅ ᐅᐅᐅᐅ ᐅᐅᐅᐅᐅᐅ  
UINGAVA HEALTH CENTER  
CENTRE DE SANTÉ EULATTAVIK DE L'INGAVA

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 INC OR UTHC,  
IF NOT AVAILABLE, WRITE THE NAME, SURNAME,  
DATE OF BIRTH AND FILE NUMBER.

**INFECTION TUBERCULOSE LATENTE  
ADULTE ET PÉDIATRIQUE  
PROTOCOLE DE SUIVI – ORDONNANCE  
MÉDICALE STANDARD • RIFAMPICINE (RIF)**

Temps	Suivi	Interventions et Investigations	Date et Signature
Pré-traitement	MD	<p><b>Avant de prescrire RIF :</b></p> <ul style="list-style-type: none"> <li><input type="checkbox"/> S'assurer que rpx récente (&lt; 12 semaines depuis la rpx précédente)</li> <li><input type="checkbox"/> Si BK demandés, s'assurer du résultat négatif des cultures (sauf avis contraire du spécialiste consulté)</li> </ul> <p><b>Vérifier également si:</b></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>1. TB active antérieure: <span style="float: right;"><input type="checkbox"/> Oui <input type="checkbox"/> Non</span></li> <li>2. Antécédents d'hépatite secondaire à antituberculeux : <span style="float: right;"><input type="checkbox"/> Oui <input type="checkbox"/> Non</span></li> <li>3. Cas index résistant à RIF<sup>1</sup>: <span style="float: right;"><input type="checkbox"/> Oui <input type="checkbox"/> Non</span></li> </ul> <p><b>Note:</b> Si Oui à 1, 2 ou 3: consulter <a href="mailto:resp-north@mcgill.ca">resp-north@mcgill.ca</a> (adulte) ou <a href="mailto:mchtb@muhc.mcgill.ca">mchtb@muhc.mcgill.ca</a> (enfant)</p> <p style="padding-left: 20px;">Si Non à 1, 2 et 3, débiter le traitement ITL: (ITL-PRESC-Rifampicine)</p> <ul style="list-style-type: none"> <li><input type="checkbox"/> Prescrire Bilan hépatique, Créat., FSC (adulte et enfant), Syphilis<sup>2</sup></li> <li><input type="checkbox"/> Vérifier avec pharmacien si interactions médicamenteuses (par ex.: Dilantin)</li> <li><input type="checkbox"/> Prévoir dosage de médication (ex.: dilantinémie) en cours de traitement si requis</li> <li><input type="checkbox"/> Counseling contraception si contraceptifs oraux. Privilégier progéstatifs, stérilet ou condom.</li> </ul>	<p>Signature _____</p> <p>AA/ MM/ JJ</p>
1 <sup>er</sup> jour / date du début du Tx	Inf.	<p><b>Avant de débiter RIF :</b></p> <ul style="list-style-type: none"> <li><input type="checkbox"/> S'assurer de l'absence de symptômes suggestifs de tuberculose active. Si présence de symptômes, demander avis médical STAT avant de débiter le traitement.</li> <li><input type="checkbox"/> Débiter Rifampicine (RIF) selon prescription médicale</li> <li><input type="checkbox"/> Enseignement à la clientèle (traitement, compliance, effets secondaires)</li> <li><input type="checkbox"/> Prévoir formulaires de suivi:               <ul style="list-style-type: none"> <li><input type="checkbox"/> Courbe de compliance (ITL-COURBE-RIF)</li> <li><input type="checkbox"/> Enregistrement de la médication (ITL-ENREG-MÉD-RIF)</li> <li><input type="checkbox"/> Évaluation clinique mensuelle (TB ACT/ ITL-EVAL MENS)</li> </ul> </li> <li><input type="checkbox"/> Faire bilan hépatique, Créat., FSC (adulte et enfant), Syphilis<sup>2</sup> tel que prescrit plus haut.</li> </ul>	<p>Signature _____</p> <p>AA/ MM/ JJ</p>


Signature du MD : \_\_\_\_\_ N° permis : \_\_\_\_\_ Date : \_\_\_\_/\_\_\_\_/\_\_\_\_

# TB latente

## Protocole de suivi - RIF

### En pré-traitement / MD :

- ◆ Le régime standard s'applique-t-il?



Centre de Santé et Services Sociaux Inuitivik  
Inuitivik Health & Social Services Centre  
Puvionne, Québec J0M 1P0  
T 819 968-2157 / F 819 968-2796

ᐃᓂᓂᓂ ᐃᓂᓂᓂ ᐃᓂᓂᓂ  
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 INC OR UTHC.  
IF NOT AVAILABLE, WRITE THE NAME, SURNAME,  
DATE OF BIRTH AND FILE NUMBER.

**INFECTION TUBERCULOSE LATENTE  
ADULTE ET PÉDIATRIQUE  
PROTOCOLE DE SUIVI – ORDONNANCE  
MÉDICALE STANDARD • RIFAMPICINE (RIF)**

Temps	Suivi	Interventions et Investigations	Date et Signature
Pré-traitement	MD	<p><b>Avant de prescrire RIF :</b></p> <p><input type="checkbox"/> S'assurer que rpx récente (&lt; 12 semaines depuis la rpx précédente)</p> <p><input type="checkbox"/> Si BK demandés, s'assurer du résultat négatif des cultures (sauf avis contraire du spécialiste consulté)</p> <p><b>Vérifier également si:</b></p> <p>1. TB active antérieure: <span style="float: right;"><input type="checkbox"/> Oui <input type="checkbox"/> Non</span></p> <p>2. Antécédents d'hépatite secondaire à antituberculeux : <span style="float: right;"><input type="checkbox"/> Oui <input type="checkbox"/> Non</span></p> <p>3. Cas index résistant à RIF<sup>1</sup>: <span style="float: right;"><input type="checkbox"/> Oui <input type="checkbox"/> Non</span></p> <p><b>Note:</b> Si Oui à 1, 2 ou 3: consulter <a href="mailto:resp-north@mcgill.ca">resp-north@mcgill.ca</a> (adulte) ou <a href="mailto:mchtb@muhc.mcgill.ca">mchtb@muhc.mcgill.ca</a> (enfant)</p> <p style="padding-left: 20px;">Si Non à 1, 2 et 3, débiter le traitement ITL: (ITL-PRESC-Rifampicine)</p> <p><input type="checkbox"/> Prescrire Bilan hépatique, Créat., FSC (adulte et enfant), Syphilis<sup>2</sup></p> <p><input type="checkbox"/> Vérifier avec pharmacien si interactions médicamenteuses (par ex.: Dilantin)</p> <p><input type="checkbox"/> Prévoir dosage de médication (ex.: dilantinémie) en cours de traitement si requis</p> <p><input type="checkbox"/> Counseling contraception si contraceptifs oraux. Privilégier progéstatifs, stérilet ou condom.</p>	<p>Signature _____</p> <p>AA/ MM/ JJ</p>
1 <sup>er</sup> jour / date du début du Tx	Inf.	<p><b>Avant de débiter RIF :</b></p> <p><input type="checkbox"/> S'assurer de l'absence de symptômes suggestifs de tuberculose active. Si présence de symptômes, demander avis médical STAT avant de débiter le traitement.</p> <p><input type="checkbox"/> Débiter Rifampicine (RIF) selon prescription médicale</p> <p><input type="checkbox"/> Enseignement à la clientèle (traitement, compliance, effets secondaires)</p> <p><input type="checkbox"/> Prévoir formulaires de suivi:</p> <p style="padding-left: 20px;"><input type="checkbox"/> Courbe de compliance (ITL-COURBE-RIF)</p> <p style="padding-left: 20px;"><input type="checkbox"/> Enregistrement de la médication (ITL-ENREG-MÉD-RIF)</p> <p style="padding-left: 20px;"><input type="checkbox"/> Évaluation clinique mensuelle (TB ACT/ ITL-EVAL MENS)</p> <p><input type="checkbox"/> Faire bilan hépatique, Créat., FSC (adulte et enfant), Syphilis<sup>2</sup> tel que prescrit plus haut.</p>	<p>Signature _____</p> <p>AA/ MM/ JJ</p>



Signature du MD : \_\_\_\_\_ N° permis : \_\_\_\_\_ Date : \_\_\_\_/\_\_\_\_/\_\_\_\_

# TB latente

## Protocole de suivi - RIF

### En pré-traitement / MD :

- ◆ Bilan sanguin
- ◆ Suivis pré-traitement
- ◆ Enseignement

Centre de Santé et Services Sociaux Inuitivik  
 Inuitivik Health & Social Services Centre  
 Puvion, Québec J0M 1P0  
 T 819 968-2157 / F 819 968-2796

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

**INFECTIION TUBERCULOSE LATENTE**  
**ADULTE ET PÉDIATRIQUE**  
**PROTOCOLE DE SUIVI – ORDONNANCE**  
**MÉDICALE STANDARD • RIFAMPICINE (RIF)**

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 INC OR UTHC, IF NOT AVAILABLE, WRITE THE NAME, SURNAME, DATE OF BIRTH AND FILE NUMBER.

Temps	Suivi	Interventions et Investigations	Date et Signature
<div style="border: 2px solid orange; padding: 10px;">Pré-traitement</div>	MD	<p><b>Avant de prescrire RIF :</b></p> <p><input type="checkbox"/> S'assurer que rpx récente (&lt; 12 semaines depuis la rpx précédente)</p> <p><input type="checkbox"/> Si BK demandés, s'assurer du résultat négatif des cultures (sauf avis contraire du spécialiste consulté)</p> <p><b>Vérifier également si:</b></p> <p>1. TB active antérieure: <input type="checkbox"/> Oui <input type="checkbox"/> Non</p> <p>2. Antécédents d'hépatite secondaire à antituberculeux : <input type="checkbox"/> Oui <input type="checkbox"/> Non</p> <p>3. Cas index résistant à RIF<sup>1</sup>: <input type="checkbox"/> Oui <input type="checkbox"/> Non</p> <p><b>Note:</b> Si Oui à 1, 2 ou 3: consulter <a href="mailto:resp-north@mcgill.ca">resp-north@mcgill.ca</a> (adulte) ou <a href="mailto:mchtb@muhc.mcgill.ca">mchtb@muhc.mcgill.ca</a> (enfant)</p> <p style="padding-left: 20px;">Si Non à 1, 2 et 3, débiter le traitement ITL: (ITL-PRESC-Rifampicine)</p> <p><input type="checkbox"/> Prescrire Bilan hépatique, Créat., FSC (adulte et enfant), Syphilis<sup>2</sup></p> <p><input type="checkbox"/> Vérifier avec pharmacien si interactions médicamenteuses (par ex.: Dilantin)</p> <p><input type="checkbox"/> Prévoir dosage de médication (ex.: dilantinémie) en cours de traitement si requis</p> <p><input type="checkbox"/> Counseling contraception si contraceptifs oraux. Privilégier progéstatifs, stérilet ou condom.</p>	<p style="text-align: right;">Signature _____</p> <p style="text-align: right;">AA/ MM/ JJ</p>
<p>1<sup>er</sup> jour / date du début du Tx</p> <p style="text-align: center;"> <input type="text"/> / <input type="text"/> / <input type="text"/>            AA/ MM/ JJ         </p>	Inf.	<p><b>Avant de débiter RIF :</b></p> <p><input type="checkbox"/> S'assurer de l'absence de symptômes suggestifs de tuberculose active. Si présence de symptômes, demander avis médical STAT avant de débiter le traitement.</p> <p><input type="checkbox"/> Débiter Rifampicine (RIF) selon prescription médicale</p> <p><input type="checkbox"/> Enseignement à la clientèle (traitement, compliance, effets secondaires)</p> <p><input type="checkbox"/> Prévoir formulaires de suivi:</p> <p style="padding-left: 20px;"><input type="checkbox"/> Courbe de compliance (ITL-COURBE-RIF)</p> <p style="padding-left: 20px;"><input type="checkbox"/> Enregistrement de la médication (ITL-ENREG-MÉD-RIF)</p> <p style="padding-left: 20px;"><input type="checkbox"/> Évaluation clinique mensuelle (TB ACT/ ITL-EVAL MENS)</p> <p><input type="checkbox"/> Faire bilan hépatique, Créat., FSC (adulte et enfant), Syphilis<sup>2</sup> tel que prescrit plus haut.</p>	<p style="text-align: right;">Signature _____</p> <p style="text-align: right;">AA/ MM/ JJ</p>


Signature du MD : \_\_\_\_\_ N° permis : \_\_\_\_\_ Date : \_\_\_\_/\_\_\_\_/\_\_\_\_

# TB latente

## Protocole de suivi - RIF

Au 1<sup>er</sup> jour du traitement /  
INF :

- ◆ S'assurer que toute TB active est exclue !
- ◆ Au début, recommandé de donner la médication q 1 à 2 sem pour s'assurer de la bonne observance et bonne tolérance au traitement



Centre de Santé et Services Sociaux Inuvitvik  
Inuvitvik Health & Social Services Centre  
Inuvik, Québec J0M 1P0  
T 819 968-2157 / F 819 968-2796

ᐃᓂᓂᓂ ᐃᓂᓂᓂ ᐃᓂᓂᓂ  
INUVIK TUJATTAVIK HEALTH CENTER  
CENTRE DE SANTÉ TULATTAVIK DE L'INUVIK

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 INC OR UTHC.  
IF NOT AVAILABLE, WRITE THE NAME, SURNAME,  
DATE OF BIRTH AND FILE NUMBER.

**INFECTION TUBERCULOSE LATENTE  
ADULTE ET PÉDIATRIQUE  
PROTOCOLE DE SUIVI – ORDONNANCE  
MÉDICALE STANDARD • RIFAMPICINE (RIF)**

Temps	Suivi	Interventions et Investigations	Date et Signature
Pré- traitement	MD	<p><b>Avant de prescrire RIF :</b></p> <p><input type="checkbox"/> S'assurer que rpx récente (&lt; 12 semaines depuis la rpx précédente)</p> <p><input type="checkbox"/> Si BK demandés, s'assurer du résultat négatif des cultures (sauf avis contraire du spécialiste consulté)</p> <p><b>Vérifier également si:</b></p> <p>1. TB active antérieure: <span style="float: right;"><input type="checkbox"/> Oui <input type="checkbox"/> Non</span></p> <p>2. Antécédents d'hépatite secondaire à antituberculeux : <span style="float: right;"><input type="checkbox"/> Oui <input type="checkbox"/> Non</span></p> <p>3. Cas index résistant à RIF<sup>1</sup>: <span style="float: right;"><input type="checkbox"/> Oui <input type="checkbox"/> Non</span></p> <p><b>Note:</b> Si Oui à 1, 2 ou 3: consulter <a href="mailto:resp-north@mcgill.ca">resp-north@mcgill.ca</a> (adulte) ou <a href="mailto:mchtb@muhc.mcgill.ca">mchtb@muhc.mcgill.ca</a> (enfant)</p> <p style="padding-left: 20px;">Si Non à 1, 2 et 3, débiter le traitement ITL: (ITL-PRESC-Rifampicine)</p> <p><input type="checkbox"/> Prescrire Bilan hépatique, Créat., FSC (adulte et enfant), Syphilis<sup>2</sup></p> <p><input type="checkbox"/> Vérifier avec pharmacien si interactions médicamenteuses (par ex.: Dilantin)</p> <p><input type="checkbox"/> Prévoir dosage de médication (ex.: dilantinémie) en cours de traitement si requis</p> <p><input type="checkbox"/> Counseling contraception si contraceptifs oraux. Privilégier progéstatifs, stérilet ou condom.</p>	<p>Signature _____</p> <p>AA/ MM/ JJ</p>
1 <sup>er</sup> jour / date du début du Tx	Inf.	<p><b>Avant de débiter RIF :</b></p> <p><input type="checkbox"/> S'assurer de l'absence de symptômes suggestifs de tuberculose active. Si présence de symptômes, demander avis médical STAT avant de débiter le traitement.</p> <p><input checked="" type="checkbox"/> Débiter Rifampicine (RIF) selon prescription médicale</p> <p><input type="checkbox"/> Enseignement à la clientèle (traitement, compliance, effets secondaires)</p> <p><input type="checkbox"/> Prévoir formulaires de suivi:</p> <p style="padding-left: 20px;"><input type="checkbox"/> Courbe de compliance (ITL-COURBE-RIF)</p> <p style="padding-left: 20px;"><input type="checkbox"/> Enregistrement de la médication (ITL-ENREG-MÉD-RIF)</p> <p style="padding-left: 20px;"><input type="checkbox"/> Évaluation clinique mensuelle (TB ACT/ ITL-EVAL MENS)</p> <p><input type="checkbox"/> Faire bilan hépatique, Créat., FSC (adulte et enfant), Syphilis<sup>2</sup> tel que prescrit plus haut.</p>	<p>Signature _____</p> <p>AA/ MM/ JJ</p>

Signature du MD : \_\_\_\_\_ N° permis : \_\_\_\_\_ Date : \_\_\_\_/\_\_\_\_/\_\_\_\_

# TB latente

## Protocole de suivi - RIF

### Au 1<sup>er</sup> jour du traitement / INF :

- ◆ Outils d'enseignement disponibles dans la BAO TB



Centre de Santé et Services Sociaux Inuitivik  
Inuitivik Health & Social Services Centre  
Puvionne, Québec J0M 1P0  
T 819 968-2157 / F 819 968-2796  
ᐅᐅᐅᐅ ᐅᐅᐅᐅᐅᐅᐅᐅᐅ  
UINGAVA TULIATTAVIK HEALTH CENTER  
CENTRE DE SANTÉ TULIATTAVIK DE L'UINGAVA

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 INC OR UTHC.  
IF NOT AVAILABLE, WRITE THE NAME, SURNAME,  
DATE OF BIRTH AND FILE NUMBER.

**INFECTI0N TUBERCULOSE LATENTE  
ADULTE ET PÉDIATRIQUE  
PROTOCOLE DE SUIVI – ORDONNANCE  
MÉDICALE STANDARD • RIFAMPICINE (RIF)**

Temps	Suivi	Interventions et Investigations	Date et Signature
Pré- traitement	MD	<p><b>Avant de prescrire RIF :</b></p> <ul style="list-style-type: none"> <li><input type="checkbox"/> S'assurer que rpx récente (&lt; 12 semaines depuis la rpx précédente)</li> <li><input type="checkbox"/> Si BK demandés, s'assurer du résultat négatif des cultures (sauf avis contraire du spécialiste consulté)</li> </ul> <p><b>Vérifier également si:</b></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>1. TB active antérieure: <input type="checkbox"/> Oui <input type="checkbox"/> Non</li> <li>2. Antécédents d'hépatite secondaire à antituberculeux : <input type="checkbox"/> Oui <input type="checkbox"/> Non</li> <li>3. Cas index résistant à RIF<sup>1</sup>: <input type="checkbox"/> Oui <input type="checkbox"/> Non</li> </ul> <p><b>Note:</b> Si Oui à 1, 2 ou 3: consulter <a href="mailto:resp-north@mcgill.ca">resp-north@mcgill.ca</a> (adulte) ou <a href="mailto:mchtb@muhc.mcgill.ca">mchtb@muhc.mcgill.ca</a> (enfant) Si Non à 1, 2 et 3, débiter le traitement ITL: (ITL-PRESC-Rifampicine)</p> <ul style="list-style-type: none"> <li><input type="checkbox"/> Prescrire Bilan hépatique, Créat., FSC (adulte et enfant), Syphilis<sup>2</sup></li> <li><input type="checkbox"/> Vérifier avec pharmacien si interactions médicamenteuses (par ex.: Dilantin)</li> <li><input type="checkbox"/> Prévoir dosage de médication (ex.: dilantinémie) en cours de traitement si requis</li> <li><input type="checkbox"/> Counseling contraception si contraceptifs oraux. Privilégier progéstatifs, stérilet ou condom.</li> </ul>	Signature AA/ MM/ JJ
1 <sup>er</sup> jour / date du début du Tx  AA/ MM/ JJ	Inf.	<p><b>Avant de débiter RIF :</b></p> <ul style="list-style-type: none"> <li><input type="checkbox"/> S'assurer de l'absence de symptômes suggestifs de tuberculose active. Si présence de symptômes, demander avis médical STAT avant de débiter le traitement.</li> <li><input checked="" type="checkbox"/> Débiter Rifampicine (RIF) selon prescription médicale</li> <li><input checked="" type="checkbox"/> Enseignement à la clientèle (traitement, compliance, effets secondaires)</li> <li><input type="checkbox"/> Prévoir formulaires de suivi: <ul style="list-style-type: none"> <li><input type="checkbox"/> Courbe de compliance (ITL-COURBE-RIF)</li> <li><input type="checkbox"/> Enregistrement de la médication (ITL-ENREG-MÉD-RIF)</li> <li><input type="checkbox"/> Évaluation clinique mensuelle (TB ACT/ ITL-EVAL MENS)</li> </ul> </li> <li><input type="checkbox"/> Faire bilan hépatique, Créat., FSC (adulte et enfant), Syphilis<sup>2</sup> tel que prescrit plus haut.</li> </ul>	Signature AA/ MM/ JJ

Signature du MD : \_\_\_\_\_ N° permis : \_\_\_\_\_ Date : \_\_\_\_/\_\_\_\_/\_\_\_\_

# TB latente

## Protocole de suivi - RIF

### Au 1<sup>er</sup> jour du traitement / INF :

IDENTIFICATION

SI ON A UN CSDU / SI ON A UN DOSSIER MÉDICAL / SI ON A UN DOSSIER DE SUITE

Fin du 6<sup>m</sup> mois ou (12<sup>m</sup> mois) : Non / Oui

Poids initial: \_\_\_\_\_ kg

**ÉVALUATION CLINIQUE**  
(Voir effets indésirables des médicaments)

**Présence de signes (Si anormal, aviser le médecin) :**

- Modification de l'appétit
- Inconfort/douleur abdominale
- Anorexie
- Nausées/vomissements
- Fatigue/somnolence
- Urine foncée (couleur)
- Selles pâtes (bilieuses)
- Ictère - Rash - Pruritus
- Toux inhabituelle
- Fièvre
- Sueurs nocturnes
- Hémoptysie
- Perte de poids (inscrivez le poids)

**Autres :**

- Prise d'alcool
- Échelle de Snellen<sup>1</sup>
- Test d'Ishihara<sup>2</sup>
- Référé au médecin

Signature de l'infirmière

Signature et # permis

Signature et # permis

Signature et # permis

<sup>1</sup> Si présence de signes/symptômes, les inscrire sur une feuille de notes évolutives, et aviser le médecin.

<sup>2</sup> Hépatotoxicité: Les adultes de plus de 50 ans, les personnes qui consomment de l'alcool chaque jour ou qui sont atteints d'une maladie hépatique chronique ont plus de risque d'hépatotoxicité. Les enfants pourraient présenter des symptômes peu spécifiques: le parent dira qu'il va moins bien depuis quelque temps.

<sup>3</sup> Ne pas confondre avec la couleur orangée de l'urine qui est un effet secondaire attendu de la prise de Rifampicine

<sup>4</sup> Symptômes de TB: L'apparition ou la persistance de symptômes de TB peut évoquer un échec du traitement.

<sup>5</sup> Si changement de poids, faire ajuster la médication.

<sup>6</sup> Si prise d'Éthambutol, faire les tests de la **vue** visuelle (Échelle de Snellen) et la **perception des couleurs** (Test d'Ishihara) q mois. Consultation avec ophtalmologiste si anormal.

Signature infirmière

Début \_\_\_\_\_ Nombre de semaines \_\_\_\_\_

<sup>7</sup> N.B.: La prise de 90 doses de Rifampicine à l'intérieur de 125 jours, bien que sous optimale, est considérée « acceptable ». Toutefois, la cessation du traitement devrait être envisagée si moins de 90 doses ont été prises au 135<sup>e</sup> jour de traitement. Pour le suivi, se référer au Guide de suivi clinico-radiologique.



### INFECTION TUBERCULOSE LATENTE ADULTE ET PÉDIATRIQUE

#### PROTOCOLE DE SUIVI – ORDONNANCE MÉDICALE STANDARD • RIFAMPICINE (RIF)

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 INC OR UTHC, IF NOT AVAILABLE, WRITE THE NAME, SURNAME, DATE OF BIRTH AND FILE NUMBER.

Temps	Suivi	Interventions et Investigations	Date et Signature
Pré-traitement	MD	<p><b>Avant de prescrire RIF :</b></p> <ul style="list-style-type: none"> <li><input type="checkbox"/> S'assurer que rpx récente (&lt; 12 semaines depuis la rpx précédente)</li> <li><input type="checkbox"/> Si BK demandés, s'assurer du résultat négatif des cultures (sauf avis contraire du spécialiste consulté)</li> </ul> <p><b>Vérifier également si :</b></p> <ol style="list-style-type: none"> <li>TB active antérieure: <input type="checkbox"/> Oui <input type="checkbox"/> Non</li> <li>Antécédents d'hépatite secondaire à antituberculeux : <input type="checkbox"/> Oui <input type="checkbox"/> Non</li> <li>Cas index résistant à RIF<sup>1</sup>: <input type="checkbox"/> Oui <input type="checkbox"/> Non</li> </ol> <p><b>Note:</b> Si Oui à 1, 2 ou 3: consulter <a href="mailto:resp-north@mcgill.ca">resp-north@mcgill.ca</a> (adulte) ou <a href="mailto:mchtb@muhc.mcgill.ca">mchtb@muhc.mcgill.ca</a> (enfant)</p> <p>Si Non à 1, 2 et 3, débuter le traitement ITL: (ITL-PRESC-Rifampicine)</p> <ul style="list-style-type: none"> <li><input type="checkbox"/> Prescrire Bilan hépatique, Créat., FSC (adulte et enfant), Syphilis<sup>2</sup></li> <li><input type="checkbox"/> Vérifier avec pharmacien si interactions médicamenteuses (par ex.: Dilantin)</li> <li><input type="checkbox"/> Prévoir dosage de médication (ex.: dilantinémie) en cours de traitement si requis</li> <li><input type="checkbox"/> Counseling contraception si contraceptifs oraux. Privilégier progéstatifs, stérilet ou condom.</li> </ul>	Signature AA/ MM/ JJ
	Inf.	<p><b>1<sup>er</sup> jour / date du début du Tx</b></p> <p><b>Avant de débiter RIF :</b></p> <ul style="list-style-type: none"> <li><input type="checkbox"/> S'assurer de l'absence de symptômes suggestifs de tuberculose active. Si présence de symptômes, demander avis médical STAT avant de débiter le traitement.</li> <li><input type="checkbox"/> Débuter Rifampicine (RIF) selon prescription médicale</li> <li><input type="checkbox"/> Enseignement à la clientèle (traitement, complianc, effets secondaires)</li> <li><input checked="" type="checkbox"/> Prévoir formulaires de suivi:           <ul style="list-style-type: none"> <li><input checked="" type="checkbox"/> Courbe de complianc (ITL-COURBE-RIF)</li> <li><input checked="" type="checkbox"/> Enregistrement de la médication (ITL-ENREG-MÉD-RIF)</li> <li><input checked="" type="checkbox"/> Évaluation clinique mensuelle (TB ACT/ ITL-EVAL MENS)</li> <li><input checked="" type="checkbox"/> Faire bilan hépatique, Créat., FSC (adulte et enfant), Syphilis<sup>2</sup> tel que prescrit plus haut.</li> </ul> </li> </ul>	Signature AA/ MM/ JJ

Signature du MD : \_\_\_\_\_ N° permis : \_\_\_\_\_ Date : \_\_\_\_/\_\_\_\_/\_\_\_\_



# TB latente

## Protocole de suivi - RIF

### Chaque mois – INF :

- ◆ Bilan sanguin PRN seulement.



### INFECTION TUBERCULOSE LATENTE ADULTE ET PÉDIATRIQUE PROTOCOLE DE SUIVI – ORDONNANCE MÉDICALE STANDARD • RIFAMPICINE (RIF)

EMBOSSER ICI LA CARTE DU CSDI 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 1 <sup>er</sup> mois de Tx  AA/ MM/ JJ	Inf.	<input checked="" type="checkbox"/> <b>Suivi mensuel régulier:</b> Si anormal, aviser le médecin <input checked="" type="checkbox"/> Suivi de la médication et soutien au client: (ITL-COURBE-RIF) et (ITL-ENREG-MÉD-RIF) <input checked="" type="checkbox"/> Évaluation clinique mensuelle (TB ACT/ITL-EVAL MENS) <input checked="" type="checkbox"/> Sur prescription médicale, faire bilan hépatique, Créat. PRN (adulte <sup>3</sup> et enfant <sup>4</sup> ).	Signature AA/ MM/ JJ
Fin du 2 <sup>e</sup> mois de Tx  AA/ MM/ JJ	Inf.	<input type="checkbox"/> <b>Suivi mensuel régulier:</b> Si anormal, aviser le médecin <input type="checkbox"/> Suivi de la médication / soutien au client: (ITL-COURBE-RIF) et (ITL-ENREG-MÉD-RIF) <input type="checkbox"/> Évaluation clinique mensuelle (TB ACT/ITL-EVAL MENS) <input type="checkbox"/> Sur prescription médicale, faire bilan hépatique, Créat. PRN (adulte <sup>3</sup> et enfant <sup>4</sup> )	Signature AA/ MM/ JJ
Fin du 3 <sup>e</sup> mois de Tx  AA/ MM/ JJ	Inf.	<input type="checkbox"/> <b>Suivi mensuel régulier:</b> Si anormal, aviser le médecin <input type="checkbox"/> Suivi de la médication / soutien au client: (ITL-COURBE-RIF) et (ITL-ENREG-MÉD-RIF) <input type="checkbox"/> Évaluation clinique mensuelle (TB ACT/ITL-EVAL MENS) <input type="checkbox"/> Sur prescription médicale, faire bilan hépatique, Créat. PRN (adulte <sup>3</sup> et enfant <sup>4</sup> )	Signature AA/ MM/ JJ
Fin de Tx (4 <sup>e</sup> mois)  AA/ MM/ JJ	Inf.	<input type="checkbox"/> <b>Suivi mensuel régulier:</b> Si anormal, aviser le médecin <input type="checkbox"/> Suivi de la médication / soutien au client: (ITL-COURBE-RIF) et (ITL-ENREG-MÉD-RIF) <input type="checkbox"/> Évaluation clinique mensuelle – (TB ACT/ITL-EVAL MENS) <input type="checkbox"/> Sur prescription médicale, faire bilan hépatique, Créat. PRN (adulte <sup>3</sup> et enfant <sup>4</sup> ) <input type="checkbox"/> Au besoin, planifier suivi clinico-radiologique selon avis médical inscrit au formulaire: (TB-ITL-CLIN-RADIOL) <input type="checkbox"/> Acheminer tous ces documents complétés à la DRSP	Signature AA/ MM/ JJ

\*NOTE: Appliquer les interventions de *Fin de traitement* si le traitement prend fin avant le 4<sup>e</sup> mois.

Signature du MD: \_\_\_\_\_ N° permis: \_\_\_\_\_ Date: \_\_\_\_/\_\_\_\_/\_\_\_\_

<sup>3</sup> Si symptomatique OU ≥ 50 ans OU si présence d'une des conditions suivantes : grossesse ou accouchement au cours 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)

<sup>4</sup> Si symptomatique ou bilan de base anormal.





# TB latente

## Protocole de suivi - RIF

### En fin de traitement – INF :



### INFECTION TUBERCULOSE LATENTE ADULTE ET PÉDIATRIQUE PROTOCOLE DE SUIVI – ORDONNANCE MÉDICALE STANDARD • RIFAMPICINE (RIF)

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 1 <sup>er</sup> mois de Tx  AA/ MM/ JJ	Inf.	<input type="checkbox"/> <b>Suivi mensuel régulier:</b> Si anormal, aviser le médecin <input type="checkbox"/> Suivi de la médication et soutien au client: <i>(ITL-COURBE-RIF)</i> et <i>(ITL-ENREG-MÉD-RIF)</i> <input type="checkbox"/> Évaluation clinique mensuelle <i>(TB ACT/ITL-EVAL MENS)</i> <input type="checkbox"/> Sur prescription médicale, faire bilan hépatique, Créat. PRN (adulte <sup>3</sup> et enfant <sup>4</sup> ).	Signature AA/ MM/ JJ
Fin du 2 <sup>e</sup> mois de Tx  AA/ MM/ JJ	Inf.	<input type="checkbox"/> <b>Suivi mensuel régulier:</b> Si anormal, aviser le médecin <input type="checkbox"/> Suivi de la médication / soutien au client: <i>(ITL-COURBE-RIF)</i> et <i>(ITL-ENREG-MÉD-RIF)</i> <input type="checkbox"/> Évaluation clinique mensuelle <i>(TB ACT/ITL-EVAL MENS)</i> <input type="checkbox"/> Sur prescription médicale, faire bilan hépatique, Créat. PRN (adulte <sup>3</sup> et enfant <sup>4</sup> )	Signature AA/ MM/ JJ
Fin du 3 <sup>e</sup> mois de Tx  AA/ MM/ JJ	Inf.	<input type="checkbox"/> <b>Suivi mensuel régulier:</b> Si anormal, aviser le médecin <input type="checkbox"/> Suivi de la médication / soutien au client: <i>(ITL-COURBE-RIF)</i> et <i>(ITL-ENREG-MÉD-RIF)</i> <input type="checkbox"/> Évaluation clinique mensuelle <i>(TB ACT/ITL-EVAL MENS)</i> <input type="checkbox"/> Sur prescription médicale, faire bilan hépatique, Créat. PRN (adulte <sup>3</sup> et enfant <sup>4</sup> )	Signature AA/ MM/ JJ
Fin de Tx (4 <sup>e</sup> mois)  AA/ MM/ JJ	Inf.	<input checked="" type="checkbox"/> <b>Suivi mensuel régulier:</b> Si anormal, aviser le médecin <input type="checkbox"/> Suivi de la médication / soutien au client: <i>(ITL-COURBE-RIF)</i> et <i>(ITL-ENREG-MÉD-RIF)</i> <input type="checkbox"/> Évaluation clinique mensuelle – <i>(TB ACT/ITL-EVAL MENS)</i> <input type="checkbox"/> Sur prescription médicale, faire bilan hépatique, Créat. PRN (adulte <sup>3</sup> et enfant <sup>4</sup> ) <input type="checkbox"/> Au besoin, planifier suivi clinico-radiologique selon avis médical inscrit au formulaire: <i>(TB-ITL-CLIN-RADIOL)</i> <input type="checkbox"/> Acheminer tous ces documents complétés à la DRSP	Signature AA/ MM/ JJ

\*NOTE: Appliquer les interventions de *Fin de traitement* si le traitement prend fin avant le 4<sup>e</sup> mois.

Signature du MD: \_\_\_\_\_ N° permis: \_\_\_\_\_ Date: \_\_\_\_/\_\_\_\_/\_\_\_\_

<sup>3</sup> Si symptomatique OU ≥ 50 ans OU si présence d'une des conditions suivantes : grossesse ou accouchement au cours 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)

<sup>4</sup> Si symptomatique ou bilan de base anormal.



# TB latente

## Protocole de suivi - RIF

### En fin de traitement – INF :

- ◆ Enregistrement de la médication
- ◆ Évaluation mensuelle des symptômes
- ◆ Courbe de compliance
- ◆ Notes médicales et infirmières
- ◆ Guide de suivi clinico-radiologique



### INFECTION TUBERCULOSE LATENTE ADULTE ET PÉDIATRIQUE PROTOCOLE DE SUIVI – ORDONNANCE MÉDICALE STANDARD • RIFAMPICINE (RIF)

EMBOSSER ICI LA CARTE DU CSDU OU CSTU.  
SI NON DISPONIBLE, INSCRIRE LES NOM, PRÉNOM,  
DATE DE NAISSANCE ET NUMÉRO DOSSIER.  
EMBOSS HERE THE CARD OF INC 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 1 <sup>er</sup> mois de Tx  AA/ MM/ JJ	Inf.	<input type="checkbox"/> <b>Suivi mensuel régulier:</b> Si anormal, aviser le médecin <input type="checkbox"/> Suivi de la médication et soutien au client: <i>(ITL-COURBE-RIF)</i> et <i>(ITL-ENREG-MÉD-RIF)</i> <input type="checkbox"/> Évaluation clinique mensuelle <i>(TB ACT/ITL-EVAL MENS)</i> <input type="checkbox"/> Sur prescription médicale, faire bilan hépatique, Créat. PRN (adulte <sup>3</sup> et enfant <sup>4</sup> ).	Signature AA/ MM/ JJ
Fin du 2 <sup>e</sup> mois de Tx  AA/ MM/ JJ	Inf.	<input type="checkbox"/> <b>Suivi mensuel régulier:</b> Si anormal, aviser le médecin <input type="checkbox"/> Suivi de la médication / soutien au client: <i>(ITL-COURBE-RIF)</i> et <i>(ITL-ENREG-MÉD-RIF)</i> <input type="checkbox"/> Évaluation clinique mensuelle <i>(TB ACT/ITL-EVAL MENS)</i> <input type="checkbox"/> Sur prescription médicale, faire bilan hépatique, Créat. PRN (adulte <sup>3</sup> et enfant <sup>4</sup> )	Signature AA/ MM/ JJ
Fin du 3 <sup>e</sup> mois de Tx  AA/ MM/ JJ	Inf.	<input type="checkbox"/> <b>Suivi mensuel régulier:</b> Si anormal, aviser le médecin <input type="checkbox"/> Suivi de la médication / soutien au client: <i>(ITL-COURBE-RIF)</i> et <i>(ITL-ENREG-MÉD-RIF)</i> <input type="checkbox"/> Évaluation clinique mensuelle <i>(TB ACT/ITL-EVAL MENS)</i> <input type="checkbox"/> Sur prescription médicale, faire bilan hépatique, Créat. PRN (adulte <sup>3</sup> et enfant <sup>4</sup> )	Signature AA/ MM/ JJ
Fin de Tx (4 <sup>e</sup> mois)  AA/ MM/ JJ	Inf.	<input type="checkbox"/> <b>Suivi mensuel régulier:</b> Si anormal, aviser le médecin <input type="checkbox"/> Suivi de la médication / soutien au client: <i>(ITL-COURBE-RIF)</i> et <i>(ITL-ENREG-MÉD-RIF)</i> <input type="checkbox"/> Évaluation clinique mensuelle – <i>(TB ACT/ITL-EVAL MENS)</i> <input type="checkbox"/> Sur prescription médicale, faire bilan hépatique, Créat. PRN (adulte <sup>3</sup> et enfant <sup>4</sup> ) <input type="checkbox"/> Au besoin, planifier suivi clinico-radiologique selon avis médical inscrit au formulaire: <i>(TB ITL CLIN/RAD/CL)</i> <input type="checkbox"/> Acheminer tous ces documents complétés à la DRSP	Signature AA/ MM/ JJ

\*NOTE: Appliquer les interventions de *Fin de traitement* si le traitement prend fin avant le 4<sup>e</sup> mois.

Signature du MD: \_\_\_\_\_ N° permis: \_\_\_\_\_ Date: \_\_\_/\_\_\_/\_\_\_


<sup>3</sup> Si symptomatique OU ≥ 50 ans OU si présence d'une des conditions suivantes : grossesse ou accouchement au cours 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)

<sup>4</sup> Si symptomatique ou bilan de base anormal.


# TB latente

## Protocole de suivi - RIF

### En fin de traitement – MD :



REGIJE REGIONALE DE LA SANTE REGIONALE  
SANTÉ ET DES SERVICES BOARD OF HEALTH  
SOCIAUX DU NUNAVUT AND SOCIAL SERVICES



Inuittitivik

Centre de Santé et Services Sociaux Inuittitivik  
Inuittitivik Health & Social Services Centre  
Povunguuk, Québec J2M 5P0  
T 019 968-2957 / F 019 968-2796

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

**INFECTION TUBERCULOSE LATENTE  
ADULTE ET PÉDIATRIQUE  
PROTOCOLE DE SUIVI – ORDONNANCE  
MÉDICALE STANDARD • RIFAMPICINE (RIF)**

EMBOSSER ICI LA CARTE DU CSI OU CSTU  
SI NON DISPONIBLE, INSCRIRE LES NOM, PRENOM,  
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
<b>Fin de Tx (4<sup>e</sup> mois)</b>  AA MM JJ	<b>MD</b>	<input checked="" type="checkbox"/> Documenter l'observance et la fin de traitement <input checked="" type="checkbox"/> Compléter et signer le suivi clinico-radiologique <u>en post fin de traitement</u> selon le guide: (TB ACT-ITL-CLIN-RADIOL) <input checked="" type="checkbox"/> Mettre à jour la liste des problèmes (antécédents) au dossier patient	Signature  AA MM JJ

Signature du MD: \_\_\_\_\_ N° permis: \_\_\_\_\_ Date: \_\_\_\_/\_\_\_\_/\_\_\_\_

# TB latente

## Protocole de suivi - RIF

Si traitement se prolonge :



**INFECTION TUBERCULOSE LATENTE  
ADULTE ET PÉDIATRIQUE  
PROTOCOLE DE SUIVI – ORDONNANCE  
MÉDICALE STANDARD • RIFAMPICINE (RIF)**

IDENTIFICATION

EMBOSSER ICI LA CARTE DU CSI ou CSTU  
SI NON DISPONIBLE, INSCRIRE LES  
PRÉNOM, NOM, DATE DE NAISSANCE ET  
NO. DOSSIER


**GUIDE DE SUIVI POUR MOIS SUPPLÉMENTAIRES**  
**Délai dans la durée prévue du traitement**  
 À utiliser si le traitement se prolonge au-delà de 4 mois. Appliquer les interventions de la ligne *Fin de traitement* si un seul mois supplémentaire est nécessaire pour compléter le traitement. Au-delà de 6 mois, la prophylaxie est considérée inadéquate.

Temps	Suivi	Interventions et Investigations	Date et Signature
Fin du 5 <sup>e</sup> mois de Tx  AA/ MM/ JJ	Inf.	<input type="checkbox"/> <b>Suivi mensuel régulier:</b> Si anormal, aviser le médecin <input type="checkbox"/> Suivi de la médication / soutien au client : <i>(ITL-COURBE-RIF) et (ITL-ENREG-MÉD-RIF)</i> <input type="checkbox"/> Évaluation clinique mensuelle <i>(TB ACT/ITL-EVAL MENS)</i> <input type="checkbox"/> Bilan hépatique, Créat. PRN (adulte <sup>3</sup> et enfant <sup>4</sup> )	Signature AA/ MM/ JJ
Fin de Tx (5 <sup>e</sup> ou 6 <sup>e</sup> mois)  AA/ MM/ JJ	Inf.	<input type="checkbox"/> <b>Suivi mensuel régulier:</b> Si anormal, aviser le médecin <input type="checkbox"/> Suivi de la médication / soutien au client : <i>(ITL-COURBE-RIF) et (ITL-ENREG-MÉD-RIF)</i> <input type="checkbox"/> Évaluation clinique mensuelle <i>(TB ACT/ITL-EVAL MENS)</i> <input type="checkbox"/> Bilan hépatique, Créat. PRN (adulte <sup>3</sup> et enfant <sup>4</sup> ) <input type="checkbox"/> Au besoin, planifier suivi clinico-radiologique selon avis médical inscrit au formulaire Guide de suivi clinico-radiologique <i>(TB-ITL-CLIN-RADIOL)</i> <input type="checkbox"/> Acheminer tous ces documents complétés à la DRSP	Signature AA/ MM/ JJ
	MD	<input type="checkbox"/> Documenter la compliance et la fin de traitement <input type="checkbox"/> Compléter et signer le suivi clinico-radiologique <u>en post fin de traitement</u> selon Guide de suivi clinico-radiologique <i>(TB-ITL-CLIN-RADIOL)</i> <input type="checkbox"/> Mettre à jour la liste des problèmes (antécédents) au dossier patient	Signature AA/ MM/ JJ


Signature du MD: \_\_\_\_\_ N° permis: \_\_\_\_\_ Date: \_\_\_\_/\_\_\_\_/\_\_\_\_

# TB latente

## Protocole de suivi – INH TOD/die



ᑕᑦᑎᑦᑕᑦ ᑕᑦᑎᑦᑕᑦ ᑕᑦᑎᑦᑕᑦ  
NUNAVUT HEALTH & SOCIAL SERVICES CENTRE



ᑕᑦᑎᑦᑕᑦ ᑕᑦᑎᑦᑕᑦ ᑕᑦᑎᑦᑕᑦ  
UNGAVA TULLIATANIQ HEALTH CENTER  
CENTRE DE SANTÉ TULLIATANIQ DE UNGAVA

Centre de Santé et Services Sociaux Inuvialvik  
Inuvialvik Health & Social Services Centre  
Pocasset, Québec J0M 0P0  
T. 819 586-2927 / F. 819 966-2796

EMBOSSER ICI LA CARTE DU CSI OU CSTU,  
SI NON DISPONIBLE, INSCRIRE LES NOM, PRENOM,  
DATE DE NAISSANCE ET NUMERO DOSSIER  
EMBOSS HERE THE CARD OF IHC OR UHYIC,  
IF NOT AVAILABLE, WRITE THE NAME, SURNAME,  
DATE OF BIRTH AND FILE NUMBER

**INFECTION TUBERCULOSE LATENTE  
ADULTE ET PÉDIATRIQUE  
PROTOCOLE DE SUIVI – ORDONNANCE MÉDICALE  
STANDARD • INH DIE ou TOD 2x/sem**

**But :** Uniformiser la prise en charge des cas d'infection tuberculeuse latente (ITL) et assurer la prescription médicale du suivi nécessaire par les différents professionnels de la santé concernés.

**Objectifs**

- S'assurer d'une prophylaxie optimale contre l'ITL afin de prévenir l'apparition d'une tuberculose active.
- Offrir un suivi optimal et régulier aux personnes avec une ITL en cours de traitement.
- Identifier rapidement les problèmes de compliance et offrir le soutien approprié.
- Détecter précocement les événements indésirables et assurer leur prise en charge (Guide TB, Québec, 2017)

Cette ordonnance doit être initiée par un médecin au moment du diagnostic d'ITL et de la prescription d'anti-tuberculeux.

**Note:**

- Pour toute question, contacter le pneumologue pour adulte à [resp-north@mcgill.ca](mailto:resp-north@mcgill.ca) ou en pédiatrie à [mchtb@muhc.mcgill.ca](mailto:mchtb@muhc.mcgill.ca) OU contacter le pneumologue de garde au CUSM au **514 934-1934**.
- Aviser la Direction de Santé publique pour les nouveaux cas d'ITL.

**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 d'ITL. L'infirmière et le médecin doivent signer et cocher 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 d'ITL.

Rédigé par:	Dre Latoya Campbell du CSTU & Dre Élise Bélanger-Desjardins du CSI Dr Jean-François Proulx et l'équipe Inf. en maladies infectieuses de la RRSSSN Dr Faiz Ahmad Khan & Dr David Zielinski, pneumologues & consultants TB, CUSM et Nunavik
Révisé par:	Dre Latoya Campbell du CSTU & Dre Élise Bélanger-Desjardins du CSI Dr Jean-François Proulx et Aurélie Heurbez de la RRSSSN Le 2020-10-01
Approuvé par:	Comité exécutif du CMDPSF du CSI et du CSTU le 2020-12


(DRSP-TB\_ITL\_PROT-SUIVI-INH-DIE-TOD, V2020-10-01)
1 de 6  
DOSSIER CLSC

# TB latente

## Protocole de suivi – INH TOD/die

### Particularités :

- ◆ S'assurer d'avoir de la pyridoxine injectable



Centre de Santé et Services Sociaux Inuit/Inuk  
Inuit Health & Social Services Centre  
Pavillon Québec, J0M 1P0  
T 514 398-6207 / F 514 398-6210

ᐅᐅᐅᐅ ᐅᐅᐅᐅᐅᐅᐅᐅᐅᐅ  
UNINGATA TULATIYATIK HEALTH CENTER  
CENTRE DE SANTÉ TULATIYATIK DE UNINGAWA

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 INHC OR ITHC.  
IF NOT AVAILABLE, WRITE THE NAME, SURNAME,  
DATE OF BIRTH AND FILE NUMBER

**INFECTION TUBERCULOSE LATENTE  
ADULTE ET PÉDIATRIQUE  
PROTOCOLE DE SUIVI – ORDONNANCE MÉDICALE  
STANDARD • INH DIE ou TOD 2x/sem**

Temps	Suivi	Interventions et Investigations	Date et Signature
Pré-traitement	MD	<p><b>Avant de prescrire INH DIE ou TOD 2x/sem :</b></p> <ul style="list-style-type: none"> <li><input type="checkbox"/> S'assurer que rpx récente (&lt; 12 semaines depuis la rpx précédente)</li> <li><input type="checkbox"/> Si BK demandés, s'assurer du résultat négatif des cultures (sauf si avis contraire du spécialiste consulté)</li> </ul> <p><b>Vérifier également si:</b></p> <ol style="list-style-type: none"> <li>1. TB active antérieure: <input type="checkbox"/> Oui <input type="checkbox"/> Non</li> <li>2. Antécédents d'hépatite secondaire à antituberculeux: <input type="checkbox"/> Oui <input type="checkbox"/> Non</li> <li>3. Cas index résistant à INH<sup>1</sup>: <input type="checkbox"/> Oui <input type="checkbox"/> Non</li> </ol> <p><b>Note:</b> Si <i>Oui</i> à 1, 2 ou 3: consulter <a href="mailto:resp-north@mcgill.ca">resp-north@mcgill.ca</a> (adulte) ou <a href="mailto:mchtb@muhc.mcgill.ca">mchtb@muhc.mcgill.ca</a> (enfant)</p> <p>Si <i>Non</i> à 1, 2 et 3: débiter le traitement ITL: (ITL-PRESC-INH DIE)</p> <ul style="list-style-type: none"> <li><input type="checkbox"/> Vérifier avec pharmacien si interactions médicamenteuses</li> <li><input type="checkbox"/> Prescrire: Bilan hépatique, Créat., FSC (adulte et enfant), Syphilis<sup>2</sup></li> </ul>	<p>Signature</p> <p>AA/ MM/ JJ</p>
1 <sup>er</sup> jour / date du début du Tx	Inf.	<p><b>Avant de débiter INH DIE ou TOD 2x/sem :</b></p> <ul style="list-style-type: none"> <li><input type="checkbox"/> S'assurer de l'absence de symptômes suggestifs de tuberculose active. Si présence de symptômes, demander avis médical STAT avant de débiter le traitement.</li> <li><input checked="" type="checkbox"/> S'assurer d'avoir de la pyridoxine injectable si intoxication à l'INH</li> <li><input type="checkbox"/> Débiter INH et pyridoxine selon prescription médicale (DIE ou TOD)</li> <li><input type="checkbox"/> Enseignement à la clientèle (traitement, compliance, effets secondaires)</li> <li><input type="checkbox"/> Prévoir formulaires de suivi:               <ul style="list-style-type: none"> <li><input type="checkbox"/> Enregistrement de la médication (ITL-ENREG-MÉD-INH-DIE ou TOD)</li> <li><input type="checkbox"/> Courbe de compliance (ITL-COURBE-INH) si INH DIE<sup>3</sup></li> <li><input type="checkbox"/> Évaluation clinique mensuelle (TB ACT/ITL-EVAL MENS)</li> </ul> </li> <li><input type="checkbox"/> Faire bilan hépatique, Créat., FSC (adulte et enfant), Syphilis<sup>2</sup></li> </ul>	<p>Signature</p> <p>AA/ MM/ JJ</p>
Fin du 1 <sup>er</sup> mois de Tx	Inf.	<ul style="list-style-type: none"> <li><input type="checkbox"/> <b>Suivi mensuel régulier:</b> Si anormal, aviser le médecin</li> <li><input type="checkbox"/> Suivi de la médication et soutien au client (ITL-ENREG-MÉD-INH-DIE ou TOD) et (ITL-COURBE-INH) si INH DIE<sup>3</sup></li> <li><input type="checkbox"/> Évaluation clinique mensuelle (TB ACT/ITL-EVAL MENS)</li> <li><input type="checkbox"/> Sur prescription médicale, faire bilan hépatique, Créat. PRN (adulte<sup>4</sup> et enfant<sup>5</sup>)</li> </ul>	<p>Signature</p> <p>AA/ MM/ JJ</p>

Signature du MD: \_\_\_\_\_ N° permis: \_\_\_\_\_ Date: \_\_\_\_/\_\_\_\_/\_\_\_\_

1 Si l'antibiogramme chez le cas index n'est pas connu au moment de prescrire le traitement préventif, assurez-vous d'ajuster le régime de l'usager dès qu'une résistance au traitement antituberculeux prescrit est confirmée.  
2 Offrir dépistage de la syphilis chez les ≥ 14 ans dû à l'épidémiologie de la région. Référer les résultats pour suivi équipe ITSS de la DRSP.  
3 La courbe de compliance n'est pas utile en TOD, car chaque dose prise est enregistrée.  
4 Si symptomatique OU ≥ 50 ans OU si présence d'une des conditions suivantes: Grossesse ou accouchement au cours 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)  
5 Enfant - Si symptomatique ou bilan de base anormal.

(DRSP-TB\_ITL\_PROT-SUIVI-INH-DIE-TOD, V2020-10-01)

3 de 6  
DOSSIER CLSC




# TB latente

## Protocole de suivi – INH TOD/die

### Particularités :

- ◆ Pas de courbe de compliance quand INH en TOD
- ◆ Dépistage syphilis opportuniste avec l'accord du patient



Centre de Santé et Services Sociaux Inuitivik  
Inuitivik Health & Social Services Centre  
Puvungut, Québec, J0M 0P0  
T 010 386-6707 / F 010 386-6710

ᐃᑦᐱᑦ ᑕᑦᐱᑦ ᑕᑦᐱᑦ  
UNGAVA TULIATTANI HEALTH CENTRE  
CENTRE DE SANTÉ TULIATTANI DE 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 PNC OR UTHC.  
IF NOT AVAILABLE, WRITE THE NAME, SURNAME,  
DATE OF BIRTH AND FILE NUMBER

**INFECTION TUBERCULOSE LATENTE  
ADULTE ET PÉDIATRIQUE  
PROTOCOLE DE SUIVI – ORDONNANCE MÉDICALE  
STANDARD • INH DIE ou TOD 2x/sem**

Temps	Suivi	Interventions et Investigations	Date et Signature
Pré-traitement	MD	<p><b>Avant de prescrire INH DIE ou TOD 2x/sem :</b></p> <p><input type="checkbox"/> S'assurer que rpx récente (&lt; 12 semaines depuis la rpx précédente)</p> <p><input type="checkbox"/> Si BK demandés, s'assurer du résultat négatif des cultures (sauf si avis contraire du spécialiste consulté)</p> <p><b>Vérifier également si:</b></p> <p>1. TB active antérieure: <input type="checkbox"/> Oui <input type="checkbox"/> Non</p> <p>2. Antécédents d'hépatite secondaire à antituberculeux: <input type="checkbox"/> Oui <input type="checkbox"/> Non</p> <p>3. Cas index résistant à INH<sup>1</sup>: <input type="checkbox"/> Oui <input type="checkbox"/> Non</p> <p><b>Note:</b> Si <i>Oui</i> à 1, 2 ou 3: consulter <a href="mailto:resp-north@mcgill.ca">resp-north@mcgill.ca</a> (adulte) ou <a href="mailto:mchtb@muhc.mcgill.ca">mchtb@muhc.mcgill.ca</a> (enfant)</p> <p>Si <i>Non</i> à 1, 2 et 3: débiter le traitement ITL: (ITL-PRESC-INH DIE)</p> <p><input type="checkbox"/> Vérifier avec pharmacien si interactions médicamenteuses</p> <p><input type="checkbox"/> Prescrire: Bilan hépatique, Créat., FSC (adulte et enfant), Syphilis<sup>2</sup></p>	Signature AA/ MM/ JJ
1 <sup>er</sup> jour / date du début du Tx	Inf.	<p><b>Avant de débiter INH DIE ou TOD 2x/sem :</b></p> <p><input type="checkbox"/> S'assurer de l'absence de symptômes suggestifs de tuberculose active. Si présence de symptômes, demander avis médical STAT avant de débiter le traitement.</p> <p><input type="checkbox"/> S'assurer d'avoir de la pyridoxine injectable si intoxication à l'INH</p> <p><input type="checkbox"/> Débiter INH et pyridoxine selon prescription médicale (DIE ou TOD)</p> <p><input type="checkbox"/> Enseignement à la clientèle (traitement, compliance, effets secondaires)</p> <p><input type="checkbox"/> Prévoir formulaires de suivi:</p> <p><input type="checkbox"/> Enregistrement de la médication (ITL-ENREG-MÉD-INH-DIE ou TOD)</p> <p><input type="checkbox"/> Courbe de compliance (ITL-CURBE-INH) si INH DIE<sup>3</sup></p> <p><input type="checkbox"/> Évaluation clinique mensuelle (TB ACT/ITL-EVAL MENS)</p> <p><input type="checkbox"/> Faire bilan hépatique, Créat., FSC (adulte et enfant), Syphilis<sup>2</sup></p>	Signature AA/ MM/ JJ
Fin du 1 <sup>er</sup> mois de Tx	Inf.	<p><input type="checkbox"/> <b>Suivi mensuel régulier:</b> Si anormal, aviser le médecin</p> <p><input type="checkbox"/> Suivi de la médication et soutien au client (ITL-ENREG-MÉD-INH-DIE ou TOD) et (ITL-COURBE-INH) si INH DIE<sup>3</sup></p> <p><input type="checkbox"/> Évaluation clinique mensuelle (TB ACT/ITL-EVAL MENS)</p> <p><input type="checkbox"/> Sur prescription médicale, faire bilan hépatique, Créat. PRN (adulte<sup>4</sup> et enfant<sup>5</sup>)</p>	Signature AA/ MM/ JJ

Signature du MD: \_\_\_\_\_ N° permis: \_\_\_\_\_ Date: \_\_\_\_/\_\_\_\_/\_\_\_\_

<sup>1</sup> Si l'antibiogramme chez le cas index n'est pas connu au moment de prescrire le traitement préventif, assurez-vous d'ajuster le régime de l'usager dès qu'une résistance au traitement antituberculeux prescrit est confirmée.  
<sup>2</sup> Offrir dépistage de la syphilis chez les ≥ 14 ans dû à l'épidémiologie de la région. Référer les résultats pour suivi équipe ITSS de la DRSP.  
<sup>3</sup> La courbe de compliance n'est pas utile en TOD, car chaque dose prise est enregistrée.  
<sup>4</sup> Si symptomatique OU ≥ 50 ans OU si présence d'une des conditions suivantes: Grossesse ou accouchement au cours 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)  
<sup>5</sup> Enfant - Si symptomatique ou bilan de base anormal.

(DRSP-TB\_ITL\_PROT-SUIVI-INH-DIE-TOD, V2020-10-01)


3 de 6  
DOSSIER CLSC

# TB latente


## Protocole de suivi – INH TOD/die

### En fin de traitement – INF :

- ◆ Enregistrement de la médication
- ◆ Évaluation mensuelle des symptômes
- ◆ Courbe de compliance **seulement pour INH die**
- ◆ Notes médicales et infirmières
- ◆ Guide de suivi clinico-radiologique



Centre de Santé et Services Sociaux Inuitsvik  
Inuitsvik Health & Social Services Centre  
Pavilions Québec, J0M 1P0  
T: 514 988-2197 / F: 514 988-2716



ᐅᓄᓐᓐ ᐅᓄᓐᓐ ᐅᓄᓐᓐ  
INUVANGA HEALTH CENTER  
CENTRE DE SANTÉ TULATSORIK DE ULINGAVA

EMBOISSER ICI LA CARTE DU CSI OU CSTU.  
SI NON DISPONIBLE, INSCRIRE LES NOM, PRENOM,  
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.

**INFECTION TUBERCULOSE LATENTE  
ADULTE ET PÉDIATRIQUE  
PROTOCOLE DE SUIVI – ORDONNANCE MÉDICALE  
STANDARD • INH DIE ou TOD 2x/sem**

Temps	Suivi	Interventions et Investigations	Date et Signature
Fin du 7 <sup>e</sup> mois de Tx  AA/ MM/ JJ	Inf.	<input type="checkbox"/> <b>Suivi mensuel régulier:</b> Si anormal, aviser le médecin <input type="checkbox"/> Suivi de la médication et soutien au client ( <i>ITL-ENREG-MÉD-INH-DIE</i> ou <i>TOD</i> ) et ( <i>ITL-COURBE-INH</i> ) si <i>INH DIE</i> <sup>3</sup> <input type="checkbox"/> Évaluation clinique mensuelle ( <i>TB ACT/ITL-EVAL MENS</i> ) <input type="checkbox"/> Sur prescription médicale, faire bilan hépatique, Créat. PRN (adulte <sup>4</sup> et enfant <sup>5</sup> )	Signature AA/ MM/ JJ
Fin du 8 <sup>e</sup> mois de Tx  AA/ MM/ JJ	Inf.	<input type="checkbox"/> <b>Suivi mensuel régulier:</b> Si anormal, aviser le médecin <input type="checkbox"/> Suivi de la médication et soutien au client ( <i>ITL-ENREG-MÉD-INH-DIE</i> ou <i>TOD</i> ) et ( <i>ITL-COURBE-INH</i> ) si <i>INH DIE</i> <sup>3</sup> <input type="checkbox"/> Évaluation clinique mensuelle ( <i>TB ACT/ITL-EVAL MENS</i> ) <input type="checkbox"/> Sur prescription médicale, faire bilan hépatique, Créat. PRN (adulte <sup>4</sup> et enfant <sup>5</sup> )	Signature AA/ MM/ JJ
Fin de Tx 9 <sup>e</sup> mois  AA/ MM/ JJ	Inf.	<input type="checkbox"/> <b>Suivi mensuel régulier:</b> Si anormal, aviser le médecin <input type="checkbox"/> Suivi de la médication et soutien au client ( <i>ITL-ENREG-MÉD-INH-DIE</i> ou <i>TOD</i> ) et ( <i>ITL-COURBE-INH</i> ) si <i>INH DIE</i> <sup>3</sup> <input type="checkbox"/> Évaluation clinique mensuelle ( <i>TB ACT/ITL-EVAL MENS</i> ) <input type="checkbox"/> Au besoin, planifier suivi clinico-radiologique ( <i>TB ACT/ITL-CLIN-RADIOL</i> ) <input style="border: 2px solid red;" type="checkbox"/> <b>Acheminer tous ces documents complétés à la DRSP</b>	Signature AA/ MM/ JJ
	MD	<input type="checkbox"/> Documenter l'observance et la fin de traitement <input type="checkbox"/> Compléter et signer le suivi clinico-radiologique <u>en post fin de traitement</u> selon le guide: ( <i>TB ACT-ITL-CLIN-RADIOL</i> ) <input type="checkbox"/> Mettre à jour la liste des problèmes (antécédents) au dossier patient	Signature AA/ MM/ JJ


Signature du MD: \_\_\_\_\_ N° permis: \_\_\_\_\_ Date: AA/ MM/ JJ

(DRSP-TB\_ITL\_PROT-SUIVI-INH-DIE-TOD\_V2020-10-01)


5 de 6  
DOSSIER CLSC

# TB latente

## Protocole de suivi – RIF fenêtre



Centre de Santé et Services Sociaux Inuitivik  
Inuitivik Health & Social Services Centre  
Pauyasuk, Québec J0M 1P0  
T 819 388-2557 / F 819 388-2756



ᐅᐱᐅᐅ ᐅᐱᐅᐅ ᐅᐱᐅᐅᐅᐅᐅᐅ  
UNGAVA TULLATTARIE HEALTH CENTER  
CENTRE DE SANTÉ TULLATTARIE DE UNGAVA

EMBOSSER ICI LA CARTE OU CUI DU 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

**CONTACT TUBERCULOSE ACTIVE 0 – < 5 ANS  
PROTOCOLE DE SUIVI – ORDONNANCE MÉDICALE  
STANDARD RIFAMPICINE (RIF) • PÉRIODE-  
FENÊTRE**

**But :** Uniformiser la prise en charge des enfants de 0 à < 5 ans ayant été en contact avec un cas de tuberculose active et assurer le suivi selon la prescription médicale par les différents professionnels de la santé concernés durant la période-fenêtre lorsque le 1<sup>o</sup> TCT est < 5mm.

**Objectifs :**

- S'assurer d'une prophylaxie optimale de l'ITL afin de prévenir l'apparition d'une tuberculose active.
- Offrir un suivi optimal et régulier aux patients en cours de traitement.
- Identifier rapidement les problèmes de compliance et offrir le soutien approprié.
- Détecter rapidement l'apparition de symptômes évocateurs d'une TB active et référer au médecin.
- Détecter précocement les événements indésirables et assurer leur prise en charge.

Cette ordonnance doit être initiée par un médecin au moment de la prescription d'antituberculeux.

**Note :**

- Pour toute question, contacter le pneumologue pédiatrique à [mchtb@muhc.mcgill.ca](mailto:mchtb@muhc.mcgill.ca) OU contacter le pneumologue de garde au CUSM au **514 934-1934**.
- Aviser la Direction de Santé publique pour les nouveaux cas d'ITL.

**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. L'infirmière et le médecin doivent signer et cocher 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 d'ITL.

Rédigé par : Dre Latoya Campbell du CSTU & Dre Élise Bélanger-Desjardins du CSI  
Dr Jean-François Proulx et l'équipe en maladies infectieuses, RRSSSN  
Dr Faiz Ahmad Khan & Dr David Zielinski, pneumologues & consultants TB, CUSM et Nunavik

Révisé par : Dr Valérie Messier et Aurélie Heurtebize (RRSSSN) le 2021-02-24

Approuvé par : Comité exécutif du CMDPSF du CSI le 2021-04-26  
Comité exécutif du CMDPSF du CSTU le 2021-04-14

(DRSP-TB\_ITL\_PROT-SUIVI-RIF-FENETRE, V2021-02-24)

1 de 2  
DOSSIER CLSC

# TB latente

## Protocole de suivi – RIF fenêtre

### Particularités :

- ◆ Un TCT s'accompagne toujours d'une évaluation clinique. S'assurer que le patient est asymptomatique.
- ◆ Cesser sur prescription médicale.



### CONTACT TUBERCULOSE ACTIVE 0 – < 5 ANS PROTOCOLE DE SUIVI – ORDONNANCE MÉDICALE STANDARD RIFAMPICINE (RIF) • PÉRIODE-FENÊTRE

EMBOSSER ICI LA CARTE OU CSD OU CSTU  
SI NON DISPONIBLE, INSCRIRE LES NOM, PRENOM,  
DATE DE NAISSANCE ET NUMÉRO DOSSIER  
EMBOSS HERE THE CARD OF PIC OR UTHC  
IF NOT AVAILABLE, WRITE THE NAME, SURNAME,  
DATE OF BIRTH AND FILE NUMBER

Temps	Suivi	Interventions et Investigations	Date et Signature
Pré-traitement AA/MM/JJ	MD	<b>Avant de prescrire RIF-période fenêtre :</b> <input type="checkbox"/> Éliminer diagnostic de TB active (RXP et examen clinique normaux) <b>Vérifier si :</b> <input type="checkbox"/> TB active antérieure <input type="checkbox"/> Souche du cas index est résistante à la Rifampicine <input type="checkbox"/> Si oui, consulter <a href="mailto:mchtb@muhc.mcqill.ca">mchtb@muhc.mcqill.ca</a> <input type="checkbox"/> Si non, prescrire le traitement RIF-Période-fenêtre (ITL-PRESC-Rifampicine-Fenêtre) <input type="checkbox"/> Prescrire - Bilan hépatique, Créat., FSC <input type="checkbox"/> Vérifier avec pharmacien si interactions médicamenteuses (Par ex.: Dilantin)	Signature AA/ MM/ JJ
1 <sup>er</sup> jour / date du début du Tx AA/MM/JJ	Inf.	<input type="checkbox"/> Faire bilan hépatique, Créat., FSC tel que prescrit plus haut. <input type="checkbox"/> Débuter Rifampicine (RIF) selon prescription médicale <input type="checkbox"/> Informer le parent / tuteur (traitement, compliance, effets secondaires) <input type="checkbox"/> Prévoir formulaires de suivi: Courbe de compliance ITL-COURBE-RIF Enregistrement de la médication ITL-ENREG-MÉD-RIF Évaluation clinique mensuelle TB ACT/ITL-EVAL MENS	Signature AA/ MM/ JJ
Fin du 1 <sup>er</sup> mois de Tx AA/MM/JJ	Inf.	<input type="checkbox"/> <b>Suivi mensuel régulier.</b> Si anormal, aviser le médecin <input type="checkbox"/> Suivi de la médication / soutien au client: ITL-COURBE-RIF et ITL-ENREG-MÉD-RIF <input type="checkbox"/> Évaluation clinique mensuelle TB ACT/ITL-EVAL MENS <input type="checkbox"/> Sur prescription médicale, faire bilan hépatique, Créat. Enfant-PRN <sup>1</sup>	Signature AA/ MM/ JJ
Fin du 2 <sup>e</sup> mois de Tx OU Fin de la période-fenêtre <sup>2</sup> AA/MM/JJ	Inf.	<input checked="" type="checkbox"/> <b>Faire TCT<sup>2</sup> post-période fenêtre :</b> Voir section 4 de l'Évaluation clinique d'un contact avec un cas de TB active TB/CONTACT-ÉVAL-CLIN (Déjà existant dans le Dossier de l'enfant) <input type="checkbox"/> TCT < 5 mm et asymptomatique = aviser le MD et cesser le traitement sur prescription médicale. <input type="checkbox"/> TCT ≥ 5 mm ou conversion <sup>3</sup> ou patient symptomatique = aviser le MD	Signature AA/ MM/ JJ
	MD	<input type="checkbox"/> Si TCT post-période fenêtre est ≥ 5 mm ou conversion <sup>3</sup> ou patient symptomatique : <input type="checkbox"/> Évaluation médicale → Si anormale, consulter <a href="mailto:mchtb@muhc.mcqill.ca">mchtb@muhc.mcqill.ca</a> <input type="checkbox"/> Si aucun signe ou symptôme de TB active <input type="checkbox"/> Prescrire le traitement ITL ITL-PRESC-Rifampicine <input type="checkbox"/> Signer le protocole ITL ITL-PROT-SUIVI-RIF	Signature AA/ MM/ JJ

Signature du MD : \_\_\_\_\_ N° permis : \_\_\_\_\_ Date : \_\_\_\_/\_\_\_\_/\_\_\_\_

<sup>1</sup> Si symptomatique ou bilan de base anormal.

<sup>2</sup> La fin de la période-fenêtre correspond à 8 semaines post dernière exposition avec le cas index. Exception : Si l'enfant est âgé de < 6 mois, le traitement sera poursuivi jusqu'à ce qu'il soit âgé de 6 mois au moment où l'on effectuera le TCT # 2.

<sup>3</sup> Conversion correspond à ≥ 6 mm entre les 2 derniers TCT.

# TB latente

## A chaque visite

### LE TRIO !

1. Enregistrement de la médication
2. Courbe de compliance
3. Évaluation clinique mensuelle

### Boîte à outils - tuberculose

▶	<a href="#">Introduction</a>																																																																		
▶	<a href="#">Investigations diagnostiques</a>																																																																		
▼	<a href="#">TB latente</a>																																																																		
<table border="1"> <thead> <tr> <th>Prescriptions de la médication ITL</th> <th>1<sup>re</sup> diffusion</th> <th>Mise à jour</th> </tr> </thead> <tbody> <tr> <td>Traitement ITL - RIF </td> <td></td> <td>2019-11-29</td> </tr> <tr> <td>Traitement ITL - INH TOD </td> <td></td> <td>2019-11-29</td> </tr> <tr> <td>Traitement ITL - INH die </td> <td></td> <td>2019-11-29</td> </tr> <tr> <td>Traitement ITL - RIF période fenêtre </td> <td></td> <td>2019-11-29</td> </tr> <tr> <td colspan="3"><b>Protocoles de suivi ITL</b></td> </tr> <tr> <td>Protocole de suivi ITL - RIF </td> <td></td> <td>2019-11-25</td> </tr> <tr> <td>Protocole de suivi ITL - INH DIE et TOD </td> <td></td> <td>2019-11-24</td> </tr> <tr> <td>Protocole de suivi ITL - RIF période fenêtre </td> <td></td> <td>2019-11-24</td> </tr> <tr> <td colspan="3"><b>Enregistrement de la médication ITL</b></td> </tr> <tr> <td>Enregistrement de la médication ITL - RIF </td> <td></td> <td>2019-11-23</td> </tr> <tr> <td>Enregistrement de la médication ITL - INH TOD </td> <td></td> <td>2019-11-23</td> </tr> <tr> <td>Enregistrement de la médication ITL - INH die </td> <td></td> <td>2019-11-26</td> </tr> <tr> <td colspan="3"><b>Courbes de compliance Rif / INH die</b></td> </tr> <tr> <td>Courbe de compliance - RIF </td> <td></td> <td>2020-01-07</td> </tr> <tr> <td>Courbe de compliance - INH die </td> <td></td> <td>2019-04-16</td> </tr> <tr> <td colspan="3"><b>Évaluation clinique mensuelle TB / ITL</b></td> </tr> <tr> <td>Procédure - Évaluation clinique mensuelle </td> <td></td> <td>2019-02-28</td> </tr> <tr> <td>Évaluation clinique mensuelle </td> <td></td> <td>2019-02-28</td> </tr> <tr> <td colspan="3"><b>Suivi clinico-radiologique</b></td> </tr> <tr> <td>Guide de suivi clinico-radiologique </td> <td></td> <td>2019-12-18</td> </tr> <tr> <td>Évaluation clinique du suivi clinico-radiologique </td> <td></td> <td>2019-12-18</td> </tr> </tbody> </table>		Prescriptions de la médication ITL	1 <sup>re</sup> diffusion	Mise à jour	Traitement ITL - RIF		2019-11-29	Traitement ITL - INH TOD		2019-11-29	Traitement ITL - INH die		2019-11-29	Traitement ITL - RIF période fenêtre		2019-11-29	<b>Protocoles de suivi ITL</b>			Protocole de suivi ITL - RIF		2019-11-25	Protocole de suivi ITL - INH DIE et TOD		2019-11-24	Protocole de suivi ITL - RIF période fenêtre		2019-11-24	<b>Enregistrement de la médication ITL</b>			Enregistrement de la médication ITL - RIF		2019-11-23	Enregistrement de la médication ITL - INH TOD		2019-11-23	Enregistrement de la médication ITL - INH die		2019-11-26	<b>Courbes de compliance Rif / INH die</b>			Courbe de compliance - RIF		2020-01-07	Courbe de compliance - INH die		2019-04-16	<b>Évaluation clinique mensuelle TB / ITL</b>			Procédure - Évaluation clinique mensuelle		2019-02-28	Évaluation clinique mensuelle		2019-02-28	<b>Suivi clinico-radiologique</b>			Guide de suivi clinico-radiologique		2019-12-18	Évaluation clinique du suivi clinico-radiologique		2019-12-18
Prescriptions de la médication ITL	1 <sup>re</sup> diffusion	Mise à jour																																																																	
Traitement ITL - RIF		2019-11-29																																																																	
Traitement ITL - INH TOD		2019-11-29																																																																	
Traitement ITL - INH die		2019-11-29																																																																	
Traitement ITL - RIF période fenêtre		2019-11-29																																																																	
<b>Protocoles de suivi ITL</b>																																																																			
Protocole de suivi ITL - RIF		2019-11-25																																																																	
Protocole de suivi ITL - INH DIE et TOD		2019-11-24																																																																	
Protocole de suivi ITL - RIF période fenêtre		2019-11-24																																																																	
<b>Enregistrement de la médication ITL</b>																																																																			
Enregistrement de la médication ITL - RIF		2019-11-23																																																																	
Enregistrement de la médication ITL - INH TOD		2019-11-23																																																																	
Enregistrement de la médication ITL - INH die		2019-11-26																																																																	
<b>Courbes de compliance Rif / INH die</b>																																																																			
Courbe de compliance - RIF		2020-01-07																																																																	
Courbe de compliance - INH die		2019-04-16																																																																	
<b>Évaluation clinique mensuelle TB / ITL</b>																																																																			
Procédure - Évaluation clinique mensuelle		2019-02-28																																																																	
Évaluation clinique mensuelle		2019-02-28																																																																	
<b>Suivi clinico-radiologique</b>																																																																			
Guide de suivi clinico-radiologique		2019-12-18																																																																	
Évaluation clinique du suivi clinico-radiologique		2019-12-18																																																																	
▶	<a href="#">TB active</a>																																																																		
▶	<a href="#">S'abonner</a>																																																																		



# TB latente

## Enregistrement de la médication ITL - RIF



Centre de Santé et Services Sociaux Inuitivik  
Inuitivik Health & Social Services Centre  
Poulinville, Québec J0A 1P0  
T 819 888-2957 / F 819 888-2794



ᐱᓄᓐ ᐅᓄᓐ ᐅᓄᓐ ᐅᓄᓐ  
UNGAVA TULLATTAVIK HEALTH CENTER  
CENTRE DE SANTÉ TULLATTAVIK DE L'UNGAVA

### IDENTIFICATION

EMBOSSER ICI LA CARTE DU CSI ou CSTU  
SI NON DISPONIBLE, INSCRIRE LES  
PRÉNOM, NOM, DATE DE NAISSANCE ET  
NO. DOSSIER

### ENREGISTREMENT DE LA MÉDICATION – Infection tuberculeuse latente (ITL)

#### RIFAMPICINE – Adulte - Enfant

Date de début du traitement : \_\_\_/\_\_\_/\_\_\_ Date de fin de traitement : \_\_\_/\_\_\_/\_\_\_ Nombre total de doses prises\*: \_\_\_\_\_

Rifampicine (RIF) \_\_\_\_\_ mg po DIE auto-administré X 120 doses sur 4 mois



Indicateurs	Début du tx	▶ A servir aux 2 semaines ou au mois, selon le degré de fiabilité du patient, avec <i>Courbe de compliance</i> et <i>Suivi mensuel</i> pour l'évaluation clinique. A la fin du traitement, référez-vous au <i>Suivi clinico-radiologique</i> pour le plan de suivi.					
Date de visite →							
Nombre de doses données (A)							
Nombre de doses restantes (B)	--						
Nombre de doses à prendre <i>ad</i> la prochaine visite (C)							
Nombre de doses prises depuis la dernière visite (D)	0						
Nombre cumulatif de doses prises (E)	0						
Initiales**							

Commentaires : \_\_\_\_\_ □

#### Procédure :

- (A) Inscrire le nombre de doses remises au patient au moment de la visite et l'aviser de rapporter son flacon/*dispill* lors de la prochaine visite.
- (B) Inscrire le nombre de doses restantes dans le flacon/*dispill* rapporté par le patient.
- (C) Inscrire la somme des nombres (A) + (B) de la visite en cours.
- (D) Inscrire le résultat de la soustraction du nombre (C) de la visite **précédente** – le nombre (B) de la visite **en cours**. Vérifier que le **nbre** de doses prises n'est pas plus grand que le **nbre** de jours d'intervalle entre les deux visites.
- (E) Inscrire la somme du nombre (E) de la visite **précédente** + le nombre (D) de la visite **en cours**.

\* Inscrire le nombre de doses prises au total et référez-vous au *Suivi clinico-radiologique* pour le plan de suivi.

\*\* Initiales de l'infirmière. Inscrire le nom/no de dossier/date de la prochaine visite à l'agenda et noter la date prévue, au crayon plomb, dans la colonne de la prochaine visite

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

# TB latente

## Enregistrement de la médication ITL - RIF



Centre de Santé et Services Sociaux Inuitivik  
Inuitivik Health & Social Services Centre  
Povungaaq, Québec J0M 1P0  
T 819 985-2957 / F 819 985-2996



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

### IDENTIFICATION

EMBOSSER ICI LA CARTE DU CSI ou CSTU  
SI NON DISPONIBLE, INSCRIRE LES  
PRÉNOM, NOM, DATE DE NAISSANCE ET  
NO. DOSSIER

### ENREGISTREMENT DE LA MÉDICATION – Infection tuberculeuse latente (ITL) RIFAMPICINE – Adulte - Enfant

Date de début du traitement : \_\_\_/\_\_\_/\_\_\_ Date de fin du traitement : \_\_\_/\_\_\_/\_\_\_ Nombre total de doses prises\* : \_\_\_

Rifampicine (RIF) \_\_\_\_\_ mg po DIE auto-administré X 120 doses sur 4 mois

Indicateurs	Début du tx	▶ A servir aux 2 semaines ou au mois, selon le degré de fiabilité du patient avec Courbe de compliance et Suivi mensuel pour le plan de s	
Date de visite →	2019-01-01		
Nombre de doses données (A)	14		
Nombre de doses restantes (B)	--		
Nombre de doses à prendre ad la prochaine visite (C)	14		
Nombre de doses prises depuis la dernière visite (D)	0		
Nombre cumulatif de doses prises (E)	0		
Initiales**			

### A noter :

- ◆ Planifier la prochaine visite de sorte qu'il n'y ait pas de rupture de traitement (veille ou avant-veille).

Commentaires : \_\_\_\_\_

#### Procédure :

- Inscrire le nombre de doses remises au patient au moment de la visite et l'aviser de rapporter son flacon/dispill lors de la prochaine visite.
- Inscrire le nombre de doses restantes dans le flacon/dispill rapporté par le patient.
- Inscrire la somme des nombres (A) + (B) de la visite en cours.
- Inscrire le résultat de la soustraction du nombre (C) de la visite précédente – le nombre (B) de la visite en cours. Vérifier que le nbre de doses prises n'est pas plus grand que le nbre de jours d'intervalle entre les deux visites.
- Inscrire la somme du nombre (E) de la visite précédente + le nombre (D) de la visite en cours.

\* Inscrire le nombre de doses prises au total et référez-vous au *Suivi clinico-radiologique* pour le plan de suivi.

\*\* Initiales de l'infirmière. Inscrire le nom/no de dossier/date de la prochaine visite à l'agenda et noter la date prévue, au crayon plomb, dans la colonne de la prochaine visite.

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



# TB latente

## Enregistrement de la médication ITL - RIF



Centre de Santé et Services Sociaux Inuitiivik  
Inuitiivik Health & Social Services Centre  
Inuvik, Québec J0M 1P0  
T 019 985-2957 / F 019 985-2996



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

### IDENTIFICATION

EMBOSSER ICI LA CARTE DU CSI ou CSTU  
SI NON DISPONIBLE, INSCRIRE LES  
PRÉNOM, NOM, DATE DE NAISSANCE ET  
NO. DOSSIER

### ENREGISTREMENT DE LA MÉDICATION – Infection tuberculeuse latente (ITL) RIFAMPICINE – Adulte - Enfant

Date de début du traitement : \_\_\_/\_\_\_/\_\_\_ Date de fin du traitement : \_\_\_/\_\_\_/\_\_\_ Nombre total de doses prises\* : \_\_\_

Rifampicine (RIF) \_\_\_\_\_ mg po DIE auto-administré X 120 doses sur 4 mois

Indicateurs	Début du tx	» À servir aux 2 semaines ou au mois, selon le degré de fiabilité du patient, avec <i>Courbe de compliance</i> et <i>Suivi mensuel</i> pour l'évaluation clinique. À la fin du traitement, référez-vous au <i>Suivi clinico-radiologique</i> pour le plan de suivi.					
Date de visite →	2019-01-0	2019-01-14					
Nombre de doses données (A)	14	14					
Nombre de doses restantes (B)	--	0					
Nombre de doses à prendre ad la prochaine visite (C)	14	14					
Nombre de doses prises depuis la dernière visite (D)	0	14					
Nombre cumulatif de doses prises (E)	0	14					
Initiales**							

Exemple : Le patient se présente la bonne journée, et n'a raté aucune dose

Commentaires : \_\_\_\_\_

#### Procédure :

(A) Inscrire le nombre de doses remises au patient au moment de la visite et l'aviser de rapporter son flacon/*dispill* lors de la prochaine visite.

(B) Inscrire le nombre de doses restantes dans le flacon/*dispill* rapporté par le patient.

(C) Inscrire la somme des nombres (A) + (B) de la visite en cours.

(D) Inscrire le résultat de la soustraction du nombre (C) de la visite précédente – le nombre (B) de la visite en cours. Vérifier que le nbre de doses prises n'est pas plus grand que le nbre de jours d'intervalle entre les deux visites.

(E) Inscrire la somme du nombre (E) de la visite précédente + le nombre (D) de la visite en cours.

\* Inscrire le nombre de doses prises au total et référez-vous au *Suivi clinico-radiologique* pour le plan de suivi.

\*\* Initiales de l'infirmière. Inscrire le nom/no de dossier/date de la prochaine visite à l'agenda et noter la date prévue, au crayon plomb, dans la colonne de la prochaine visite.

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

# TB latente

## Enregistrement de la médication ITL - RIF



Centre de Santé et Services Sociaux Inuitiivik  
Inuitiivik Health & Social Services Centre  
Puvimiq, Québec J0M 1P0  
T 819 985-2957 / F 819 985-2395



ᐅᐃᐅᐅ ᐅᐃᐅᐅ ᐅᐃᐅᐅᐅᐅᐅᐅ  
UNGAVA TULATTAVIK HEALTH CENTER  
CENTRE DE SANTÉ TULATTAVIK DE UNGAVA

### IDENTIFICATION

EMBOSSER ICI LA CARTE DU CSI ou CSTU  
SI NON DISPONIBLE, INSCRIRE LES  
PRÉNOM, NOM, DATE DE NAISSANCE ET  
NO. DOSSIER

### ENREGISTREMENT DE LA MÉDICATION – Infection tuberculeuse latente (ITL) RIFAMPICINE – Adulte - Enfant

Date de début du traitement : \_\_\_/\_\_\_/\_\_\_ Date de fin du traitement : \_\_\_/\_\_\_/\_\_\_ Nombre total de doses prises\* : \_\_\_

Rifampicine (RIF) \_\_\_\_\_ mg po DIE auto-administré X 120 doses sur 4 mois

Indicateurs	Début du tx	» À servir aux 2 semaines ou au mois, selon le degré de fiabilité du patient, avec <i>Courbe de compliance</i> et <i>Suivi mensuel</i> pour l'évaluation clinique. À la fin du traitement, référez-vous au <i>Suivi clinico-radiologique</i> pour le plan de suivi.					
Date de visite →	2019-01-01	2019-01-14	2019-01-28				
Nombre de doses données (A)	14	14	14				
Nombre de doses restantes (B)	--	0	2				
Nombre de doses à prendre ad la prochaine visite (C)	14	14	16				
Nombre de doses prises depuis la dernière visite (D)	0	14	12				
Nombre cumulatif de doses prises (E)	0	14	26				
Initiales**							

Exemple : Le patient se présente la bonne journée, mais a râté 2 doses.

Commentaires : \_\_\_\_\_

#### Procédure :

- Inscrire le nombre de doses remises au patient au moment de la visite et l'aviser de rapporter son flacon/*dispill* lors de la prochaine visite.
- Inscrire le nombre de doses restantes dans le flacon/*dispill* rapporté par le patient.
- Inscrire la somme des nombres (A) + (B) de la visite en cours.
- Inscrire le résultat de la soustraction du nombre (C) de la visite précédente – le nombre (B) de la visite en cours. Vérifier que le nbre de doses prises n'est pas plus grand que le nbre de jours d'intervalle entre les deux visites.
- Inscrire la somme du nombre (E) de la visite précédente + le nombre (D) de la visite en cours.

\* Inscrire le nombre de doses prises au total et référez-vous au *Suivi clinico-radiologique* pour le plan de suivi.

\*\* Initiales de l'infirmière. Inscrire le nom/no de dossier/date de la prochaine visite à l'agenda et noter la date prévue, au crayon plomb, dans la colonne de la prochaine visite.

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

# TB latente

## Enregistrement de la médication ITL - RIF



Centre de Santé et Services Sociaux Inuitiisiviik  
Inuitiisiviik Health & Social Services Centre  
Ivmitbaq, Québec J0M 1P0  
T 819 985-2957 / F 819 985-2990



ᐅᐱᐅᐅ ᐅᐱᐅᐅ ᐅᐱᐅᐅᐅᐅᐅᐅ  
LINGAYA TULATTAVIK HEALTH CENTER  
CENTRE DE SANTÉ TULATTAVIK DE L'INUVIK

### IDENTIFICATION

EMBOSSER ICI LA CARTE DU CSI ou CSTU  
SI NON DISPONIBLE, INSCRIRE LES  
PRÉNOM, NOM, DATE DE NAISSANCE ET  
NO. DOSSIER

### ENREGISTREMENT DE LA MÉDICATION – Infection tuberculeuse latente (ITL) RIFAMPICINE – Adulte - Enfant

Date de début du traitement : \_\_\_/\_\_\_/\_\_\_ Date de fin du traitement : \_\_\_/\_\_\_/\_\_\_ Nombre total de doses prises\* : \_\_\_\_\_

Rifampicine (RIF) \_\_\_\_\_ mg po DIE auto-administré X 120 doses sur 4 mois

Indicateurs	Début du tx	» A servir aux 2 semaines ou au mois, selon le degré de fiabilité du patient, avec <i>Courbe de compliance et Suivi mensuel</i> pour l'évaluation clinique. À la fin du traitement, référez-vous au <i>Suivi clinico-radiologique</i> pour le plan de suivi					
Date de visite →	2019-01-01	2019-01-15	2019-01-26				
Nombre de doses données (A)	14	14	14				
Nombre de doses restantes (B)	--	0	2				
Nombre de doses à prendre <i>ad</i> la prochaine visite (C)	14	14	16				
Nombre de doses prises depuis la dernière visite (D)	0	14	12				
Nombre cumulatif de doses prises (E)	0	14	26				
Initiales**							

Exemple : Le patient se présente avec 2 jours d'avance.

Commentaires : \_\_\_\_\_

#### Procédure :

- Inscrire le nombre de doses remises au patient au moment de la visite et l'aviser de rapporter son flacon/*dispill* lors de la prochaine visite.
- Inscrire le nombre de doses restantes dans le flacon/*dispill* rapporté par le patient.
- Inscrire la somme des nombres (A) + (B) de la visite en cours.
- Inscrire le résultat de la soustraction du nombre (C) de la visite précédente – le nombre (B) de la visite en cours. Vérifier que le nbre de doses prises n'est pas plus grand que le nbre de jours d'intervalle entre les deux visites.
- Inscrire la somme du nombre (E) de la visite précédente + le nombre (D) de la visite en cours.

\* Inscrire le nombre de doses prises au total et référez-vous au *Suivi clinico-radiologique* pour le plan de suivi.

\*\* Initiales de l'infirmière. Inscrire le nom/no de dossier/date de la prochaine visite à l'agenda et noter la date prévue, au crayon plomb, dans la colonne de la prochaine visite.

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

# TB latente

## Enregistrement de la médication ITL - RIF



Centre de Santé et Services Sociaux Inuitisvik  
Inuitisvik Health & Social Services Centre  
Nunavut, Québec J0M 1P0  
T 819 980-2957 / F 819 980-2990



ᐅᐱᐅᐅ ᐅᐱᐅᐅᐅᐅᐅᐅ  
L'INUVIK TULATTAVIK HEALTH CENTER  
CENTRE DE SANTÉ TULATTAVIK DE L'INUVIK

### IDENTIFICATION

EMBOSSER ICI LA CARTE DU CSI ou CSTU  
SI NON DISPONIBLE, INSCRIRE LES  
PRÉNOM, NOM, DATE DE NAISSANCE ET  
NO. DOSSIER

### ENREGISTREMENT DE LA MÉDICATION – Infection tuberculeuse latente (ITL) RIFAMPICINE – Adulte - Enfant

Date de début du traitement : \_\_\_/\_\_\_/\_\_\_ Date de fin du traitement : \_\_\_/\_\_\_/\_\_\_ Nombre total de doses prises\* : \_\_\_\_\_

Rifampicine (RIF) \_\_\_\_\_ mg po DIE auto-administré X 120 doses sur 4 mois

Indicateurs	Début du traitement	» A servir aux 2 semaines ou au mois, selon le degré de fiabilité du patient, avec <i>Courbe de compliance</i> et <i>Suivi mensuel</i> pour l'évaluation clinique. À la fin du traitement, référez-vous au <i>Suivi clinico-radiologique</i>		
Date de visite →	2019-___-___			
Nombre de doses données (A)				
Nombre de doses restantes (B)				
Nombre de doses à prendre <i>ad</i> la prochaine visite (C)				
Nombre de doses prises depuis la dernière visite (D)				
Nombre cumulatif de doses prises (E)				
Initiales**				

### A noter :

◆ A chaque remise de médication : compléter également la courbe de compliance !!!

Commentaires : \_\_\_\_\_

#### Procédure :

- Inscrire le nombre de doses remises au patient au moment de la visite et l'aviser de rapporter son flacon/*dispill* lors de la prochaine visite.
- Inscrire le nombre de doses restantes dans le flacon/*dispill* rapporté par le patient.
- Inscrire la somme des nombres (A) + (B) de la visite en cours.
- Inscrire le résultat de la soustraction du nombre (C) de la visite précédente – le nombre (B) de la visite en cours. Vérifier que le nbre de doses prises n'est pas plus grand que le nbre de jours d'intervalle entre les deux visites.
- Inscrire la somme du nombre (E) de la visite précédente + le nombre (D) de la visite en cours.

\* Inscrire le nombre de doses prises au total et référez-vous au *Suivi clinico-radiologique* pour le plan de suivi.

\*\* Initiales de l'infirmière. Inscrire le nom/no de dossier/date de la prochaine visite à l'agenda et noter la date prévue, au crayon plomb, dans la colonne de la prochaine visite.

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

# TB latente

## Enregistrement de la médication ITL - RIF



Centre de Santé et Services Sociaux Inuitivik  
Inuitivik Health & Social Services Centre  
Poulinville, Québec J0A 1P0  
T 819 988-2957 / F 819 988-2794



ᐱᐤᐱᐤ ᐅᐱᐱᐤ ᐱᐤᐱᐤ ᐱᐤᐱᐤ  
UNGAVA TULLATTAVIK HEALTH CENTER  
CENTRE DE SANTÉ TULLATTAVIK DE L'UNGAVA

### IDENTIFICATION

EMBOSSER ICI LA CARTE DU CSI ou CSTU  
SI NON DISPONIBLE, INSCRIRE LES  
PRÉNOM, NOM, DATE DE NAISSANCE ET  
NO. DOSSIER

### ENREGISTREMENT DE LA MÉDICATION – Infection tuberculeuse latente (ITL)

#### RIFAMPICINE – Adulte - Enfant

Date de début du traitement : \_\_\_/\_\_\_/\_\_\_ Date de fin du traitement : \_\_\_/\_\_\_/\_\_\_ Nombre total de doses prises\* : \_\_\_

Rifampicine (RIF) \_\_\_ mg po DIE auto-administré X 120 doses sur 4 mois

Indicateurs	Début du tx	▶ A servir aux 2 semaines ou au mois, selon le degré de fiabilité du patient, avec <i>Courbe de compliance</i> et <i>Suivi mensuel</i> pour l'évaluation clinique. A la fin du traitement, référez-vous au <i>Suivi clinico-radiologique</i> pour le plan de suivi.				
Date de visite →						
Nombre de doses données (A)						
Nombre de doses restantes (B)						
Nombre de doses prises la prochaine visite (C)						
Nombre de doses prises depuis la dernière visite (D)						
Nombre cumulé de doses prises (E)						
Initiales**						

### A noter :

- ◆ S'assurer directement auprès du patient de la **date de la dernière dose prise!!!**

Commentaires :

#### Procédure :

- Inscrire le nombre de doses remises au patient au moment de la visite et l'aviser de rapporter son flacon/*dispill* lors de la prochaine visite.
  - Inscrire le nombre de doses restantes dans le flacon/*dispill* rapporté par le patient.
  - Inscrire la somme des nombres (A) + (B) de la visite en cours.
  - Inscrire le résultat de la soustraction du nombre (C) de la visite **précédente** – le nombre (B) de la visite **en cours**. Vérifier que le **nbre** de doses prises n'est pas plus grand que le **nbre** de jours d'intervalle entre les deux visites.
  - Inscrire la somme du nombre (E) de la visite **précédente** + le nombre (D) de la visite **en cours**.
- \* Inscrire le nombre de doses prises au total et référez-vous au *Suivi clinico-radiologique* pour le plan de suivi.  
\*\* Initiales de l'infirmière. Inscrire le nom/no de dossier/date de la prochaine visite à l'agenda et noter la date prévue, au crayon plomb, dans la colonne de la prochaine visite.

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

# TB latente

## Enregistrement de la médication ITL – INH TOD



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



ᐅᑦᐱᑦ ᑭᑦᑕᐱᑦ ᑲᐱᑭᑦᑕᑦᑕᑦ  
UNGAVA TULATTAVIK HEALTH CENTER  
CENTRE DE SANTÉ TULATTAVIK DE L'UNGAVA

IDENTIFICATION

EMBOSSER ICI LA CARTE DU CSI ou GSTU  
SI NON DISPONIBLE, INSCRIRE LES  
PRÉNOM, NOM, DATE DE NAISSANCE ET  
NO. DOSSIER

**ENREGISTREMENT DE LA MÉDICATION – Infection tuberculeuse latente (ITL)**

Isoniazide (INH) TOD – Adulte - Enfant

Date de début du tx<sup>1</sup> : \_\_\_/\_\_\_/\_\_\_ Date de fin du tx<sup>2</sup> : \_\_\_/\_\_\_/\_\_\_ Nombre total de doses prises<sup>3</sup> : \_\_\_\_\_

Isoniazide (INH) \_\_\_\_\_ mg PO 2 X semaine TOD X 78 doses sur 9 mois

Durée du traitement prescrit et nombre de doses à donner 9 mois = 1 dose 2 X semaine = 78 doses		▶ Aviser le médecin traitant et la santé publique si a) 3 doses consécutives manquées b) plus de 3 doses manquées/10 doses consécutives c) compliance erratique.																										
Inscrire le mois																												
Inscrire les dates 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
Isoniazide (INH) _____ mg po TOD 2 X sem.																												
Vitamine B6 _____ mg po TOD 2 X sem.																												
Nombre de doses <sup>4</sup> (cumulatif)																												
Inscrire																												
Inscrire																												
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
Isoniazide (INH) _____ mg po TOD 2 X sem.																												
Vitamine B6 _____ mg po TOD 2 X sem.																												
Nombre de doses <sup>4</sup> (cumulatif)																												

2 x / sem :  
les lun-jeu  
ou les mar-ven

Noter :

- ◆ Ses initiales, puis signer dans le tableau en bas de page
- ◆ Ou AA pour auto-administré lors de situations particulières.

<sup>1</sup> Inscrire la date de la prise de la première dose.  
<sup>2</sup> Inscrire la date qui correspond à la prise de la dernière dose.  
<sup>3</sup> Inscrire le nombre de doses prises au total et réévaluez.  
<sup>4</sup> Effectuer le décompte cumulatif du nombre de doses.

Procédure :

- ▶ Inscrire vos initiales dans chacune des cases où les médicaments sont administrés en TOD (thérapie sous observation directe) : 2 jours par semaine;
- ▶ Inscrire AA dans les cases où les médicaments sont auto-administrés lors de situations très particulières. Cette pratique est non recommandée, sauf si patient extrêmement faible;
- ▶ Inscrire ☒ dans les cases où la dose prévue n'a pas été prise (TOD non administrée). NOTE : Les doses omises doivent être reprises avant la fin du traitement.

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

# TB latente

## Enregistrement de la médication ITL – INH TOD

- ◆ Planifier les doses de préférence les lun-jeu
- ◆ En cas de dose manquée, respecter une intervalle de 72H :

LUN	MAR	MER	JEU	VEN	SAM	DIM
✓			✓			
LUN	MAR	MER	JEU	VEN	SAM	DIM
	✓					







# TB latente

## Enregistrement de la médication ITL – INH TOD

- ◆ Planifier les doses de préférence les lun-jeu
- ◆ En cas de dose manquée, respecter une intervalle de 72H :

LUN	MAR	MER	JEU	VEN	SAM	DIM
✓			✓			
LUN	MAR	MER	JEU	VEN	SAM	DIM
✓				✓		

# TB latente

## Enregistrement de la médication ITL – INH TOD



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



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

### IDENTIFICATION

EMBOSSER ICI LA CARTE DU CSI ou GSTU  
SI NON DISPONIBLE, INSCRIRE LES  
PRÉNOM, NOM, DATE DE NAISSANCE ET  
NO. DOSSIER

### ENREGISTREMENT DE LA MÉDICATION – Infection tuberculeuse latente (ITL)

#### Isoniazide (INH) TOD – Adulte - Enfant

Date de début du tx<sup>1</sup> : \_\_\_/\_\_\_/\_\_\_ Date de fin du tx<sup>2</sup> : \_\_\_/\_\_\_/\_\_\_ Nombre total de doses prises<sup>3</sup> : \_\_\_\_\_

Isoniazide (INH) \_\_\_\_\_ mg PO 2 X semaine TOD X 78 doses sur 9 mois

Durée du traitement prescrit et nombre de doses à donner 9 mois = 1 dose 2 X semaine = 78 doses	▶ Aviser le médecin traitant et la santé publique si a) 3 doses consécutives manquées b) plus de 3 doses manquées/10 doses consécutives c) compliance erratique.																																			
Inscrire le mois: _____																																				
Inscrire les dates 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	
Isoniazide (INH) _____ mg po																																				

- ◆ Aviser le médecin traitant et la DRSP si :
  - ◆ 3 doses consécutives manquées
  - ◆ > 3 doses manquées sur 10 doses consécutives
  - ◆ Compliance erratique

<sup>1</sup> Inscrire la date de la prise de la première dose.  
<sup>2</sup> Inscrire la date qui correspond à la prise de la dernière dose.  
<sup>3</sup> Inscrire le nombre de doses prises au total et référez-vous au *Suivi clinico-radiologique* pour le plan de suivi.  
<sup>4</sup> Effectuer le décompte cumulatif du nombre de doses. **Rappel** : Inadéquate (< 62 doses) / Acceptable (> 62 doses/9 mois) / Optimale (78 doses/9 mois)

**Procédure :**

- ▶ Inscrire vos **initiales** dans chacune des cases où les médicaments sont administrés en TOD (*thérapie sous observation directe*) : 2 jours par semaine;
- ▶ Inscrire **AA** dans les cases où les médicaments sont **auto-administrés** lors de situations très particulières. Cette pratique est non recommandée, sauf si patient extrêmement faible;
- ▶ Inscrire  dans les cases où la dose prévue n'a pas été prise (TOD non administrée). **NOTE** : les doses omises doivent être reprises avant la fin du traitement.

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

# TB latente

## Enregistrement de la médication ITL – INH die



Centre de Santé et Services Sociaux Inuitivik  
Inuitivik Health & Social Services Centre  
Puvionut, Québec J0M 1P0  
T 819 988-2957 / F 819 988-2766



ᐱᐱᐱᐱ ᐅᐱᐱᐱᐱᐱ ᐱᐱᐱᐱᐱᐱᐱ  
UNGAVA TULATTAVIK HEALTH CENTER  
CENTRE DE SANTÉ TULATTAVIK DE L'UNGAVA

### IDENTIFICATION

EMBOSSER ICI LA CARTE DU CSI ou CSTU  
SI NON DISPONIBLE, INSCRIRE LES  
PRÉNOM, NOM, DATE DE NAISSANCE ET  
NO. DOSSIER

### ENREGISTREMENT DE LA MÉDICATION – Infection tuberculeuse latente (ITL)

#### Isoniazide (INH) DIE – Adulte - Enfant

Date de début du tx: \_\_\_/\_\_\_/\_\_\_ Date de fin du tx: \_\_\_/\_\_\_/\_\_\_ Nbre total de doses prises\*: \_\_\_\_\_

Isoniazide (INH) \_\_\_\_\_ mg po DIE auto-administré X 270 doses sur 9 mois

Indicateurs	Début de tx	▶▶ A servir aux 2 semaines ou au mois, selon le degré de fiabilité du patient, avec <i>Courbe de compliance</i> et <i>Suivi mensuel</i> pour l'évaluation clinique. A la fin du traitement, référez-vous au <i>Suivi clinico-radiologique</i> pour le plan de suivi.																		
Date de visite →																				
Nbre de doses données (A)																				
Nbre de doses restantes (B)																				
Nbre de doses à prendre ad la prochaine visite (C)																				
Nbre de doses prises depuis la dernière visite (D)	0																			
Nbre cumulatif de doses prises (E)	0																			
Initiales**																				

Commentaires: \_\_\_\_\_

#### Procédure :

- (A) Inscrire le nombre de doses remises au patient au moment de la visite et l'aviser de rapporter son flacon/*dispill* lors de la prochaine visite.
- (B) Inscrire le nombre de doses restantes dans le flacon/*dispill* rapporté par le patient.
- (C) Inscrire la somme du nombre (A) + le nombre (B) de la visite en cours.
- (D) Inscrire le résultat de la soustraction du nombre (C) de la visite **précédente** – le nombre (B) de la visite **en cours**. Vérifier que le nombre de doses prises n'est pas plus grand que le nombre de jours d'intervalle entre les deux visites.
- (E) Inscrire la somme du nombre (E) de la visite **précédente** + le nombre (D) de la visite **en cours**;

\* Inscrire le nombre de doses prises au total et référez-vous au *Suivi clinico-radiologique* (Guide SCR) pour le plan de suivi.

\*\* Initiales de l'infirmière. Inscrire le nom/no de dossier/date prévue de la prochaine visite à l'agenda et noter la date prévue, au plomb, dans la colonne de la prochaine visite.

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

# TB latente

## Courbe de compliance

### Boîte à outils - tuberculose

▶ Introduction

▶ [Investigations diagnostiques](#)

▼ [TB latente](#)

Prescriptions de la médication ITL	1 <sup>ère</sup> diffusion	Mise à jour
Traitement ITL - RIF		2019-11-29
Traitement ITL - INH TOD		2019-11-29
Traitement ITL - INH die		2019-11-29
Traitement ITL - RIF période fenêtre		2019-11-29
<b>Protocoles de suivi ITL</b>		
Protocole de suivi ITL - RIF		2019-11-25
Protocole de suivi ITL - INH DIE et TOD		2019-11-24
Protocole de suivi ITL - RIF période fenêtre		2019-11-24
<b>Enregistrement de la médication ITL</b>		
Enregistrement de la médication ITL - RIF		2019-11-23
Enregistrement de la médication ITL - INH TOD		2019-11-23
Enregistrement de la médication ITL - INH die		2019-11-26
<b>Courbes de compliance Rif / INH die</b>		
Courbe de compliance - RIF		2020-01-07
Courbe de compliance - INH die		2019-04-16
<b>Évaluation clinique mensuelle TB / ITL</b>		
Procédure - Évaluation clinique mensuelle		2019-02-28
Évaluation clinique mensuelle		2019-02-28
<b>Suivi clinico-radiologique</b>		
Guide de suivi clinico-radiologique		2019-12-18
Évaluation clinique du suivi clinico-radiologique		2019-12-18

▶ [TB active](#)

▶ [S'abonner](#)



# TB latente

## Courbe de compliance - RIF



Centre de Santé et Services Sociaux Inuulitsivik  
Inuulitsivik Health & Social Services Centre  
Puvimtuq, Québec J0M 1P0  
T 819 988-2957 / F 819 988-2756



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

### COURBE DE COMPLIANCE – RIFAMPICINE 4 MOIS AUTO ADMINISTRÉE

#### BUT

- S'assurer d'une prophylaxie optimale contre l'infection tuberculeuse latente afin de prévenir l'apparition d'une tuberculose active.
- Prévenir l'apparition de souches de *Mycobacterium tuberculosis* résistantes à la Rifampicine.

#### OBJECTIFS

- Offrir un suivi optimal et régulier aux personnes avec une ITL en cours de traitement.
- Identifier rapidement les problèmes de compliance et offrir le soutien approprié.
- S'assurer d'un taux de complétion des doses dans la période définie (120 doses en 4 mois – maximum 6 mois).

#### RESPONSABILITÉS

##### L'Infirmière

- Utilise adéquatement la courbe de compliance tout au long de la prophylaxie en suivant la présente procédure.

##### Le Médecin

- **S'assure d'exclure une tuberculose active avant d'amorcer une prophylaxie.**
- Selon les indications de la présente courbe de compliance, prescrit les recommandations de suivi clinico-radiologique en complétant et signant l'outil Guide de suivi clinico-radiologique (DRSP/TB ACT-ITL-CLIN-RADIOL)

#### PROCÉDURES

- Commencer l'inscription du nombre de doses prises **dès** la 2<sup>e</sup> visite. Valider le nombre de doses prises le plus précisément possible.
- Indiquer par un point sur la courbe le nombre de doses prises selon le nombre de semaines depuis le début du traitement. Si point dans la :
  - zone jaune « **Encourager** » → Reconnaître l'avancement, bien que sous-optimal de la prophylaxie et encourager la personne à poursuivre la médication.
  - zone rose « **Accompagner** » → Identifier les causes du retard et mettre en place les moyens pour faciliter la prise de la médication.
  - zone verte « **Recommencer** » → Discuter des obstacles à la compliance et convenir avec la personne, s'il y a lieu, d'une reprise de la médication. Aviser le médecin pour une nouvelle prescription ou un autre suivi.
  - zone bleue « **Cesser** » → Vous référer au médecin pour qu'il prescrive le suivi recommandé selon les indications du Guide de suivi clinico-radiologique.
- La décision de cesser la médication doit être prise par le médecin traitant sauf si la personne refuse ou abandonne la prophylaxie d'elle-même.
- Si la personne refuse de continuer la médication, référer au médecin pour qu'il prescrive le suivi recommandé selon le Guide de suivi clinico-radiologique.
- Inscrire la raison de cessation dans la case « *Si cessation, raison* ».
- Inscrire la date de fin de la prophylaxie (**la date de prise de la dernière dose**).
- Transmettre l'information à la DRSP une fois le traitement terminé ou cessé, par télécopieur au **1 866-867-8026**.

#### IDENTIFICATION

EMBOSSER ICI LA CARTE DU CSI ou GSTU  
SI NON DISPONIBLE, INSCRIRE LES  
PRÉNOM, NOM, DATE DE NAISSANCE ET  
NO. DOSSIER

# TB latente

## Courbe de compliance - RIF

Centre de Santé et Services Sociaux Inuitsvik  
Inuitsvik Health & Social Services Centre  
Puvirnituq, Québec J0M 1P0  
T 819 968-2957 / F 819 988-2796

UNINGAVA TULIATTAVIK HEALTH CENTER  
CENTRE DE SANTÉ TULIATTAVIK DE L'UNGAVA

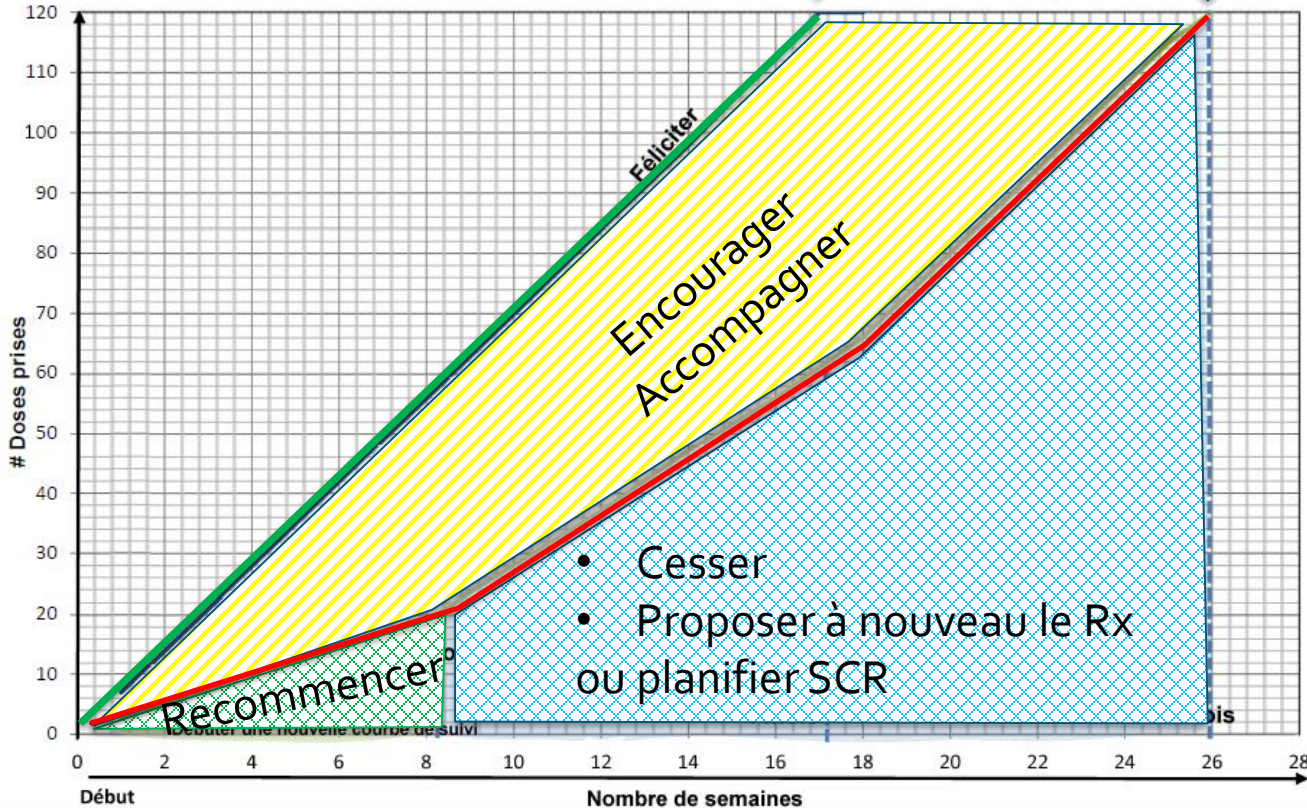
**4 mois**

**COURBE DE COMPLIANCE – RIFAMPICINE 4 MOIS AU DÉBUT**  
PROPHYLAXIE DE L'INFECTION TUBERCULEUSE LATENTE (ITL) – RIFAMPICINE 4 MOIS AU DÉBUT ADMINISTRÉE  
CONDUITE RECOMMANDÉE SELON LE NIVEAU DE COMPLIANCE

IDENTIFICATION

**6 mois**

DU CSI ou CSTU  
INSCRIRE LES  
NAISSANCE ET  
NO. DOSSIER



Date et résultat du TCT significatif:

Date : \_\_\_\_/\_\_\_\_/\_\_\_\_

Résultat: \_\_\_\_ mm

Prophylaxie **Début**

Date de la première dose: \_\_\_\_/\_\_\_\_/\_\_\_\_

Date de la dernière dose: \_\_\_\_/\_\_\_\_/\_\_\_\_

Nbre total de doses prises: \_\_\_\_\_

Si cessation, raison: \_\_\_\_\_

Date du bilan final: \_\_\_\_/\_\_\_\_/\_\_\_\_

**Fin**

Signature infirmière

\*N.B.: La prise de 90 doses de Rifampicine à l'intérieur de 135 jours, bien que sous optimale, est considérée « acceptable ». Toutefois, la cessation du traitement devrait être envisagée si moins de 90 doses ont été prises au 135<sup>e</sup> jour de traitement. Pour le suivi, se référer au Guide de suivi clinico-radiologique.



# TB latente

## Courbe de compliance - RIF

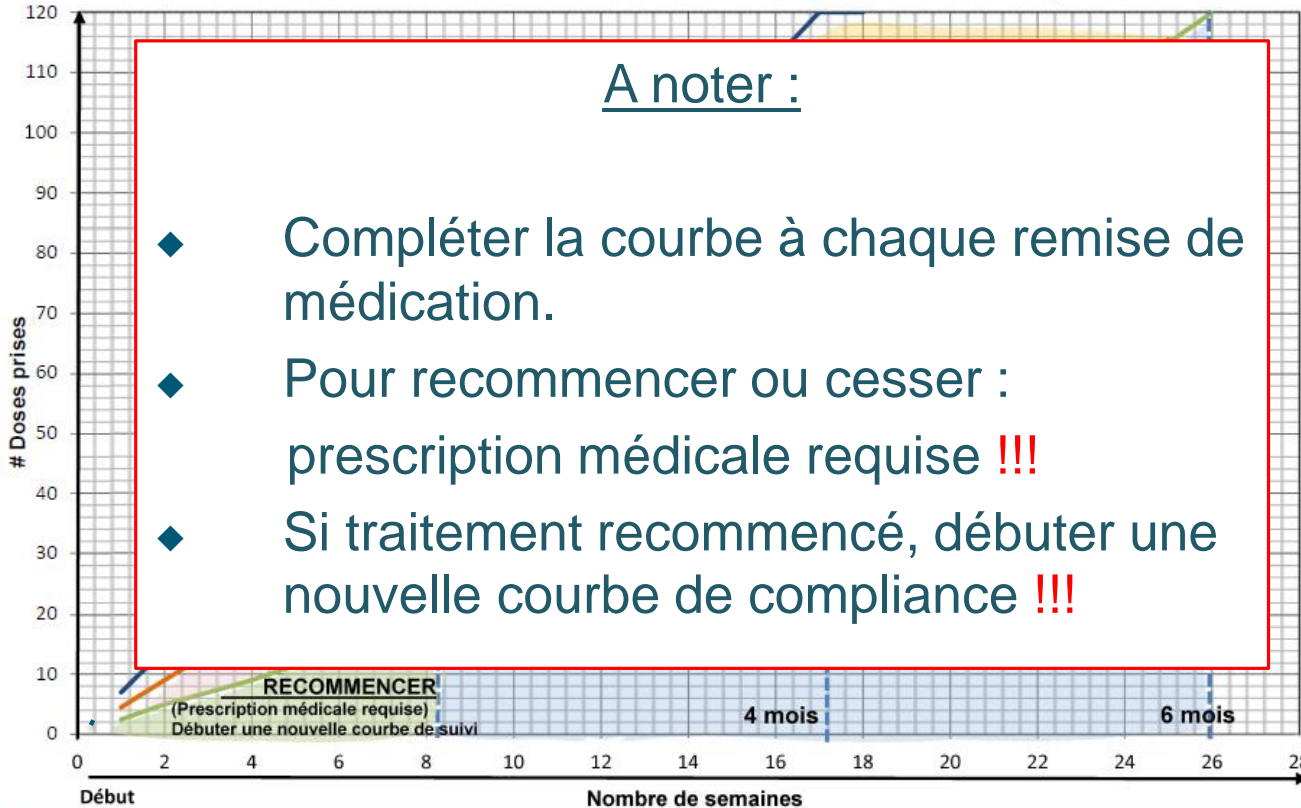


Centre de Santé et Services Sociaux Inuitsivik  
Inuitsivik Health & Social Services Centre  
Puvirnituq, Québec J0M 1P0  
T 819 985-2957 / F 819 988-2796



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

**COURBE DE COMPLIANCE – RIFAMPICINE 4 MOIS AUTO ADMINISTRÉE**  
**PROPHYLAXIE DE L'INFECTION TUBERCULEUSE LATENTE (ITL) – RIFAMPICINE 4 MOIS AUTO ADMINISTRÉE**  
**CONDUITE RECOMMANDÉE SELON LE NIVEAU DE COMPLIANCE**



IDENTIFICATION

EMBOSSER ICI LA CARTE DU CSI ou CSTU  
SI NON DISPONIBLE, INSCRIRE LES  
PRÉNOM, NOM, DATE DE NAISSANCE ET  
NO. DOSSIER

Date et résultat du TCT significatif:

Date : \_\_\_\_ / \_\_\_\_ / \_\_\_\_

Résultat: \_\_\_\_ mm

Prophylaxie

Date de la première dose: \_\_\_\_ / \_\_\_\_ / \_\_\_\_

Date de la dernière dose: \_\_\_\_ / \_\_\_\_ / \_\_\_\_

Nbre total de doses prises: \_\_\_\_\_

Si cessation, raison: \_\_\_\_\_

Date du bilan final: \_\_\_\_ / \_\_\_\_ / \_\_\_\_

Signature infirmière

# TB latente

## Courbe de compliance – INH die

CODE de Boîte à outils TB	DRSP TB/ ITL-COURBE - Rifampicine
Titre	COURBE DE COMPLIANCE INH DIE
Date de modification	2019-04-16

### PROCÉDURE

#### BUT

- S'assurer d'une prophylaxie optimale contre l'infection tuberculeuse latente afin de prévenir l'apparition d'une tuberculose active.
- Prévenir l'apparition de souches de *Mycobacterium tuberculosis* résistantes à l'Isoniazide.

#### OBJECTIFS

- Offrir un suivi optimal et régulier aux personnes avec une ITL en cours de traitement.
- Identifier rapidement les problèmes de compliance et offrir le soutien approprié.
- S'assurer d'un taux de complétion des doses dans la période définie (270 doses en 9 mois – maximum 13.5 mois)

#### RESPONSABILITÉS

→ **Infirmière** : utilise adéquatement la courbe de compliance tout au long de la prophylaxie en suivant la présente procédure.

→ **Médecin** :

- **s'assure d'exclure une tuberculose active avant d'amorcer une prophylaxie à l'Isoniazide.**
- selon les indications de la présente courbe de compliance, prescrit les recommandations de suivi clinico-radiologique en complétant et signant l'outil Guide de suivi clinico-radiologique : DRSP/TB ACT-ITL-CLIN-RADIOL

#### PROCÉDURE

- Commencer l'inscription du nombre de doses prises **dès** la deuxième visite. Valider le nombre de doses prises le plus précisément possible.
- Indiquer par un point sur la courbe le nombre de doses prises selon le nombre de semaines depuis le début du traitement. Si point dans la :
  - zone jaune « **Encourager** » → Reconnaître l'avancement, bien que sous-optimal de la prophylaxie et encourager la personne à poursuivre la médication.
  - zone rose « **Accompagner** » → Identifier les causes du retard et mettre en place les moyens pour faciliter la prise de la médication.
  - zone verte « **Recommencer** » → Discuter des obstacles à la compliance et convenir avec la personne, s'il y a lieu, d'une reprise de la médication. Aviser le médecin pour une nouvelle prescription ou un autre suivi.
  - zone bleue « **Cesser** » → Vous référer au médecin pour qu'il prescrive le suivi recommandé selon les indications du Guide de suivi clinico-radiologique.
- La décision de cesser la médication doit être prise par le médecin traitant sauf si la personne refuse ou abandonne la prophylaxie d'elle-même.
- Si la personne refuse de continuer la médication, référer au médecin pour qu'il prescrive le suivi recommandé selon le Guide de suivi clinico-radiologique.
- Inscrire la raison de cessation dans la case « Si cessation, raison »
- Inscrire la date de fin de la prophylaxie (**la date de prise de la dernière dose**).
- Transmettre l'information à la santé publique (DRSP) une fois le traitement terminé ou cessé, par télécopieur au **1-866-867-8026**

# TB latente

## Courbe de compliance – INH die



ᐅᐱᐸᐸ ᐅᐸᐸᐸ ᐸᐸᐸᐸᐸᐸᐸᐸ  
UNGAVA TULATTAVIK HEALTH CENTER  
CENTRE DE SANTÉ TULATTAVIK DE L'UNGAVA

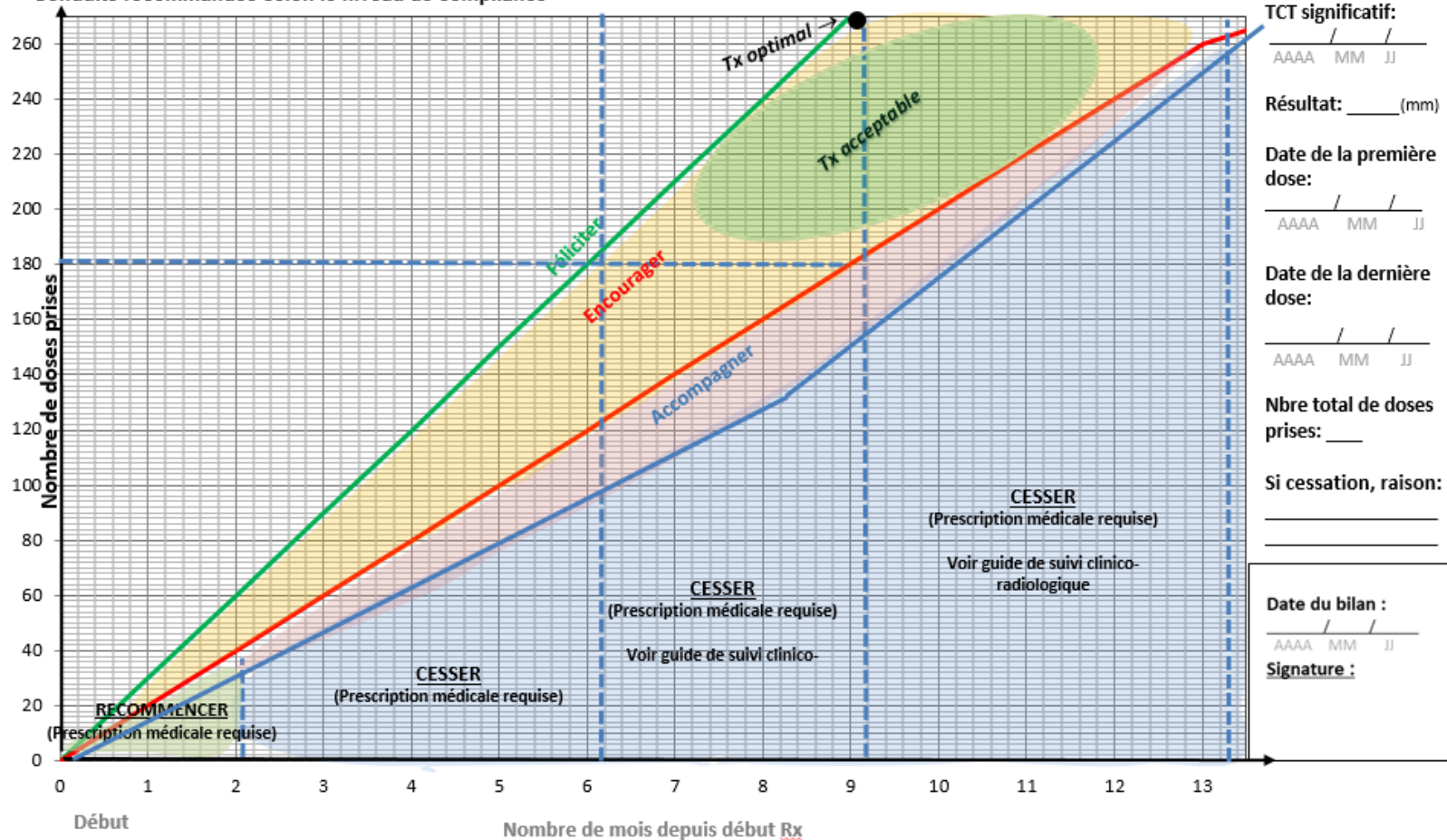


<b>Nom:</b>	<b>Sexe:</b> <input type="checkbox"/> M <input type="checkbox"/> F
<b>Prom:</b>	<b># Dossier:</b>
<b>DDN:</b> ____ / ____ / ____	<b>Village:</b>
AAAA / MM / JJ	

### Courbe de compliance

Prophylaxie de l'infection tuberculeuse latente (ITL) - INH Auto Administré (270 doses)

Conduite recommandée selon le niveau de compliance



# TB latente

















## Évaluation clinique mensuelle

### Boîte à outils - tuberculose

▶ [Introduction](#)

▶ [Procédures diagnostiques](#)

▼ [TB latente](#)

Prescriptions de la médication ITL	1 <sup>re</sup> diffusion	Mise à jour
Traitement ITL - RIF 		2019-11-29
Traitement ITL - INH TOD 		2019-11-29
Traitement ITL - INH die 		2019-11-29
Traitement ITL - RIF période fenêtre 		2019-11-29
<b>Protocoles de suivi ITL</b>		
Protocole de suivi ITL - RIF 		2019-11-25
Protocole de suivi ITL - INH DIE et TOD 		2019-11-24
Protocole de suivi ITL - RIF période fenêtre 		2019-11-24
<b>Enregistrement de la médication ITL</b>		
Enregistrement de la médication ITL - RIF 		2019-11-23
Enregistrement de la médication ITL - INH TOD 		2019-11-23
Enregistrement de la médication ITL - INH die 		2019-11-26
<b>Courbes de compliance Rif / INH die</b>		
Courbe de compliance - RIF 		2019-04-12
Courbe de compliance - INH die 		2019-04-16
<b>Évaluation clinique mensuelle TB / ITL</b>		
Procédure - Évaluation clinique mensuelle 		2019-02-28
Évaluation clinique mensuelle 		2019-02-28
<b>Suivi clinico-radiologique</b>		
Guide de suivi clinico-radiologique 		2019-12-18
Évaluation clinique du suivi clinico-radiologique 		2019-12-18

# TB latente

## Évaluation clinique mensuelle



### ÉVALUATION CLINIQUE MENSUELLE TRAITEMENT TB ACTIVE ET ITL<sup>1</sup>

(Voir effets indésirables des principaux antituberculeux sur la procédure)

Poids initial: \_\_\_\_\_ kg en date du: aaaa / mm / jj

#### IDENTIFICATION

EMBOSSER ICI LA CARTE DU CSI ou CSTU  
SI NON DISPONIBLE, INSCRIRE LES  
PRENOM, NOM, DATE DE NAISSANCE ET  
NO. DOSSIER

Présence de signes / symptômes <sup>1</sup> (Si anormal, aviser le médecin)		<u>aaaa</u> / <u>mm</u> / <u>jj</u>		<u>aaaa</u> / <u>mm</u> / <u>jj</u>		<u>aaaa</u> / <u>mm</u> / <u>jj</u>		<u>aaaa</u> / <u>mm</u> / <u>jj</u>		<u>aaaa</u> / <u>mm</u> / <u>jj</u>		<u>aaaa</u> / <u>mm</u> / <u>jj</u>	
		Non	Oui	Non	Oui	Non	Oui	Non	Oui	Non	Oui	Non	Oui
Hépatotoxicité <sup>2</sup>	Modification de l'état général	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
	Inconfort/douleur abdominale	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
	Anorexie	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
	Nausée/vomissement	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
	Fatigue/somnolence	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
	Urine foncée (couleur)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
	Selles pâles (blanchâtres) – Ictère – Rash – Prurit	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Symptômes TB <sup>4</sup>	Toux inhabituelle	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
	Fièvre	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
	Sueurs nocturnes persistantes	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
	Hémoptysie	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
	Perte de poids (kg) Inscrire le poids actuel <sup>5</sup>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Autres	Prise d'alcool	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
	Échelle de Snellen <sup>6</sup>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
	Test d'Ishihara <sup>6</sup>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Référé au médecin		<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Signature de l'infirmière		Initiales		Initiales		Initiales		Initiales		Initiales		Initiales	
Initiales	Signature et # permis			Initiales	Signature et # permis			Initiales	Signature et # permis				

◆ Au début du traitement, puis à chaque visite du patient.

<sup>1</sup> Si présence de signes/symptômes, les inscrire sur une feuille de notes évolutives, et aviser le médecin.

<sup>2</sup> Hépatotoxicité: Les adultes de plus de 50 ans, les personnes qui consomment de l'alcool chaque jour ou qui sont atteints d'une maladie hépatique chronique ont plus de risque d'hépatotoxicité. Les enfants pourraient présenter des symptômes peu spécifiques : le parent dira qu'il va moins bien depuis quelque temps.

<sup>3</sup> Ne pas confondre avec la couleur orangée de l'urine qui est un effet secondaire attendu de la prise de Rifampicine

<sup>4</sup> Symptômes de TB: L'apparition ou la persistance de symptômes de TB peut évoquer un échec du traitement.

<sup>5</sup> Si changement de poids, faire ajuster la médication.

<sup>6</sup> Si prise d'Éthambutol, faire les tests de l'acuité visuelle (Échelle de Snellen) et la perception des couleurs (Test d'Ishihara) q mois. Consultation avec ophtalmologue si anormal.

# TB latente

## Évaluation clinique mensuelle



IDENTIFICATION

La RIF colore les urines en orange



Normal

Anormal

<sup>1</sup> Si présence de signes/symptômes, les inscrire sur une feuille de notes évolutives, et aviser le médecin.

<sup>2</sup> Hépatotoxicité: Les adultes de plus de 50 ans, les personnes qui consomment de l'alcool chaque jour ou qui sont atteints d'une maladie hépatique chronique ont plus de risque d'hépatotoxicité. Les enfants pourraient présenter des symptômes peu spécifiques : le parent dira qu'il va moins bien depuis quelque temps.

<sup>3</sup> Ne pas confondre avec la couleur orangée de l'urine qui est un effet secondaire attendu de la prise de Rifampicine

<sup>4</sup> Symptômes de TB: L'apparition ou la persistance de symptômes de TB peut évoquer un échec du traitement.

<sup>5</sup> Si changement de poids, faire ajuster la médication.

<sup>6</sup> Si prise d'Éthambutol, faire les tests de l'acuité visuelle (Échelle de Snellen) et la perception des couleurs (Test d'Ishihara) q mois. Consultation avec ophtalmologue si anormal.

# TB latente

## Évaluation clinique mensuelle



### ÉVALUATION CLINIQUE MENSUELLE TRAITEMENT TB ACTIVE ET ITL

(Voir effets indésirables des principaux antituberculeux sur la procédure)

Poids initial: \_\_\_\_\_ kg en date du: \_\_\_\_/\_\_\_\_/\_\_\_\_

IDENTIFICATION

EMBOSSER ICI LA CARTE DU CSI ou CSTU  
SI NON DISPONIBLE, INSCRIRE LES  
PRENOM, NOM, DATE DE NAISSANCE ET  
NO. DOSSIER

Présence de signes / symptômes <sup>1</sup> (Si anormal, aviser le médecin)		____/____/____		____/____/____		____/____/____		____/____/____		____/____/____		____/____/____	
		Non	Oui	Non	Oui	Non	Oui	Non	Oui	Non	Oui	Non	Oui
Hépatotoxicité <sup>2</sup>	Modification de l'état général	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
	Inconfort/douleur abdominale	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
	Anorexie	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
	Nausée/vomissement	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
	Fatigue/somnolence	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
	Urine foncée (couleur thé) <sup>3</sup>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
	Selles pâles (blanchâtres)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Ictère – Rash – Prurit	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
Symptômes TB <sup>4</sup>	Toux inhabituelle	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
	Fièvre	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
	Sueurs nocturnes persistantes	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
	Hémoptysie	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
	Perte de poids (kg)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
	Inscrire le poids actuel <sup>5</sup>	ka		ka		ka		ka		ka		ka	
Autres	Prise d'alcool	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
	Échelle de Snellen <sup>6</sup>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
	Test d'Ishihara <sup>6</sup>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Référé au médecin		<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Signature de l'infirmière		Initiales		Initiales		Initiales		Initiales		Initiales		Initiales	
Initiales	Signature et # permis			Initiales	Signature et # permis			Initiales	Signature et # permis				

<sup>1</sup> Si présence de signes/symptômes, les inscrire sur une feuille de notes évolutives, et aviser le médecin.

<sup>2</sup> Hépatotoxicité: Les adultes de plus de 50 ans, les personnes qui consomment de l'alcool chaque jour ou qui sont atteints d'une maladie hépatique chronique ont plus de risque d'hépatotoxicité. Les enfants pourraient présenter des symptômes peu spécifiques : le parent dira qu'il va moins bien depuis quelque temps.

<sup>3</sup> Ne pas confondre avec la couleur orangée de l'urine qui est un effet secondaire attendu de la prise de Rifampicine

<sup>4</sup> Symptômes de TB: L'apparition ou la persistance de symptômes de TB peut évoquer un échec du traitement.

<sup>5</sup> Si changement de poids, faire ajuster la médication.

<sup>6</sup> Si prise d'Éthambutol, faire les tests de l'acuité visuelle (Échelle de Snellen) et la perception des couleurs (Test d'Ishihara) q mois. Consultation avec ophtalmologue si anormal.

# TB latente

## Évaluation clinique mensuelle

### RIF et INH : Troubles hépatiques



CODE de Boîte à outils TB	DRSP-TB TB ACT-ITL- ÉVAL CLIN MENS
Titre	Évaluation clinique mensuelle- TB active et ITL
Date de modification	2019-02-28

EFFETS INDÉSIRABLES DES PRINCIPAUX ANTITUBERCULEUX				
Médicament	Effets indésirables courants	Effets indésirables rares, mais importants	Probabilité d'hépatite*	Probabilité de rash*
Isoniazide (INH)	<ul style="list-style-type: none"> <li>rash</li> <li>hépatite</li> <li>neuropathie périphérique</li> <li>nausée/vomissement</li> <li>diarrhée</li> <li>fatigue, somnolence</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>neurotoxicité</li> <li>anémie</li> <li>acné</li> <li>céphalée</li> <li>alopécie</li> </ul>	+++	++
Rifampicine (RIF)	<ul style="list-style-type: none"> <li>interactions médicamenteuses</li> <li>rash</li> <li>nausée/vomissement</li> <li>diarrhée</li> <li>étourdissement</li> <li>urine, larmes, sueur de couleur orange</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>hépatite</li> <li>syndrome d'allure grippale</li> <li>neutropénie</li> <li>thrombocytopenie</li> </ul>	++	++++
Pyrazinamide (PZA)	<ul style="list-style-type: none"> <li>hépatite</li> <li>rash</li> <li>hyperuricémie</li> <li>arthralgie</li> <li>nausée/vomissement</li> <li>diarrhée</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>goutte</li> <li>photosensibilité</li> </ul>	++++	+++
Ethambutol (EMB)	<ul style="list-style-type: none"> <li>toxicité oculaire</li> <li>nausée/vomissement</li> <li>diarrhée</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>rash</li> </ul>	+	+
Fluroquinolone (FLU)	<ul style="list-style-type: none"> <li>rash</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>tendinite</li> <li>rupture de tendon</li> <li>allongement de l'intervalle QT</li> </ul>		
Amikacine	<ul style="list-style-type: none"> <li>néphrotoxicité</li> <li>ototoxicité</li> </ul>			

Tiré du Guide d'intervention - La Tuberculose (MSSS, Québec, 2017), Tableau 9, p.35 Et Communicable disease control manual, Chapter 4, Section 5, BCCDC, July, 2018

\* +++++ = plus probable/  
+ = peu probable

- L'INH, la RIF et le PZA peuvent provoquer des troubles hépatiques, variant d'une légère élévation asymptomatique des transaminases à une hépatite fulminante.
- L'hépatite survient surtout chez les adultes et plus fréquente chez les personnes qui consomment de l'alcool chaque jour ou qui sont atteints d'une maladie hépatique chronique.
- Ces médicaments devraient être retirés du régime thérapeutique
  - si un ictère apparaît,
  - si la concentration sérique des transaminases (AST ou ALT) est 5 fois plus élevée que la limite supérieure de la normale.
- *Si un médicament cause des troubles hépatiques*, une note au dossier devrait être clairement inscrite à cet effet.
- Évaluer si prise concomitante d'acétaminophène ou autre médicament hépatotoxique.





# TB latente

## Suivi clinico-radiologique

### Objectifs :

- ◆ Offrir un suivi régulier d'un patient ITL:
  - ◆ non ou inadéquatement traité
  - ◆ traité avec une prophylaxie acceptable
  - ◆ d'un patient ITL connu, réexposé à un cas de TB active à frottis positif.
  
- ◆ Détecter une TB active de conversion récente
  
- ◆ Prévenir la propagation de l'infection tuberculeuse.


# TB latente

## Suivi clinico-radiologique


- ◆ Se compose :
  - ◆ D'un suivi clinique
  - ◆ D'un suivi radiologique
  
- ◆ A des intervalles de 6 mois à 1 an;
  
- ◆ Sur une durée généralement de 5 ans : période durant laquelle le risque de développer une TB active post-infection est le plus élevé.

# TB latente


## Suivi clinico-radiologique – Guide de SCR




REGIJE REGIONALE DE LA SANTE REGIONAL  
SANTÉ ET DES SERVICES BOARD OF HEALTH  
SOCIAUX DU NUNAVUT AND SOCIAL SERVICES



Inuitsivik



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



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

IDENTIFICATION

EMBOSSER ICI LA CARTE DU CSI ou CSTU  
SI NON DISPONIBLE, INSCRIRE LES  
PRENOM, NOM, DATE DE NAISSANCE ET  
NO. DOSSIER

### GUIDE DE SUIVI CLINICO-RADIOLOGIQUE

COCHER LA CATÉGORIE APPLICABLE			PLAN DE SUIVI: INSCRIRE DATE(S) PRÉVUE(S)							
ITL non ou inadéquatement traitée		Suivi clinico-radiologique	À planifier à partir de	6	12	18	24	36	48	60
<input type="checkbox"/>	ITL acquise dans les 2 dernières années (récente)	q 6 mois X 2 ans, puis q 12 mois X 3 ans	Date du TCT significatif aaaa/mm/ jj							
<input type="checkbox"/>	ITL de date indéterminée E prioritaire			X						
<input type="checkbox"/>	ITL de date indéterminée E non prioritaire			X						
<input type="checkbox"/>	ITL acquise entre 3-5 ans ( )									
<input type="checkbox"/>	ITL acquise il y a plus de 5 ans									
<b>ITL traitée</b>										
<input type="checkbox"/>	Prophylaxie considérée acceptable	Aucun suivi nécessaire								
<input type="checkbox"/>	Prophylaxie optimale									
<b>Exposition à un cas de TB pulmonaire à frottis positifs</b> (Contacts à priorité élevé selon avis de la santé publique)										
<input type="checkbox"/>	TB active ancienne OU ITL déjà connue	q 6 mois X 2 ans, puis q 12 mois X 3 ans	Date de réexposition aaaa/mm/ jj							
<b>Suivi post fin de traitement TB active</b>										
<input type="checkbox"/>	TB active confirmée cavitaire OU à frottis positif	q 6 mois X 2 ans, puis q 12 mois X 3 ans	Date de fin de traitement aaaa/mm/ jj							
<input type="checkbox"/>	TB active non cavitaire ET à frottis négatifs (confirmée ou probable)	q 6 mois X 2 ans	Date de fin de traitement aaaa/mm/ jj						X	X


Signature du médecin: \_\_\_\_\_ Numéro de permis: \_\_\_\_\_ Date : aaaa/mm/ jj

Régime	Prophylaxie inadéquate	Prophylaxie considérée acceptable	Prophylaxie optimale
Rifampicine	<ul style="list-style-type: none"> <li>&lt; 90 doses ou &gt; 4.5 mois pour 90 doses ou &gt; 6 mois pour 120 doses</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>De 90 à 120 doses – Voir courbe de compliance (DRSP/TB ITL-COURBE-Rifampicine)</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>120 doses prises sur 120 jours consécutifs</li> </ul>
Isoniazide (INH)	<ul style="list-style-type: none"> <li>&lt; 180 doses – auto administré (AA)</li> <li>&lt; 62 doses INH en TOD</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>Régime 6 mois = 180 doses AA sur 9 mois (270 jours)</li> <li>Régime 9 mois = 270 doses AA sur 13,5 mois (405 jours)</li> <li>INH TOD: ≥ 62 doses 2 fois semaine sur 9 mois (270 jours) max.</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>270 doses AA sur 9 mois</li> <li>78 doses INH en TOD 2 fois semaine</li> </ul>


◆ A remplir par le médecin.

# TB latente

## Suivi clinico-radiologique – Guide de SCR



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



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

IDENTIFICATION

*EMBOSSER ICI LA CARTE DU CSI ou CSTU  
SI NON DISPONIBLE, INSCRIRE LES  
PRENOM, NOM, DATE DE NAISSANCE ET  
NO. DOSSIER*


**GUIDE DE SUIVI CLINICO-RADIOLOGIQUE**

COCHER LA CATÉGORIE APPLICABLE				PLAN DE SUIVI: INSCRIRE DATE(S) PRÉVUE(S)						
ITL non ou inadéquatement traitée	Suivi clinico-radiologique	À planifier à partir de	6	12	18	24	36	48	60	
<input type="checkbox"/> ITL acquise dans les 2 dernières années (récente)	q 6 mois X 2 ans, puis q 12 mois X 3 ans	Date du TCT significatif aaaa/mm/jj								
<input type="checkbox"/> ITL de date indéterminée ET résident d'un village prioritaire	q 12 mois X 5 ans	Date du TCT significatif aaaa/mm/jj	X							
<input type="checkbox"/> ITL de date indéterminée ET résident d'un village non prioritaire	À 12 mois	Date de cessation/refus de tx aaaa/mm/jj	X							
<input type="checkbox"/> ITL acquise entre 3-5 ans (ancienne)	q 12 mois ad 5 ans post tct significatif	Date de cessation/refus de tx aaaa/mm/jj	X							
<input type="checkbox"/> ITL acquise il y a plus de 5 ans (ancienne)	Aucun suivi nécessaire	X	X							
<b>ITL traitée</b>										
<input type="checkbox"/> Prophylaxie considérée acceptable	6 mois post fin de prophylaxie	Date de fin de prophylaxie aaaa/mm/jj	X							
<input type="checkbox"/> Prophylaxie optimale	Aucun suivi nécessaire	X	X							
<b>Exposition à un cas de TB pulmonaire à frottis positifs</b> (Contacts à priorité élevé selon avis de la santé publique)										
<input type="checkbox"/> TB active ancienne <b>OU</b> ITL déjà connue	q 6 mois X 2 ans, puis q 12 mois X 3 ans	Date de réexposition aaaa/mm/jj								
<b>Suivi post fin de traitement TB active</b>										
<input type="checkbox"/> TB active <u>confirmée</u> cavitaire <b>OU</b> à frottis positif	q 6 mois X 2 ans, puis q 12 mois X 3 ans	Date de fin de traitement aaaa/mm/jj								
<input type="checkbox"/> TB active non cavitaire <b>ET</b> à frottis négatifs (confirmée ou probable)	q 6 mois X 2 ans	Date de fin de traitement aaaa/mm/jj					X	X	X	
Signature du médecin: _____ Numéro de permis: _____ Date: aaaa/mm/jj										
Régime	Prophylaxie inadéquate	Prophylaxie considérée acceptable	Prophylaxie optimale							
Rifampicine	• < 90 doses ou > 4.5 mois pour 90 doses ou > 6 mois pour 120 doses	• De 90 à 120 doses – Voir courbe de compliance (DRSP/TB ITL-COURBE-Rifampicine)	• 120 doses prises sur 120 jours consécutifs							
Isoniazide (INH)	• < 180 doses – auto administré (AA) • < 62 doses INH en TOD	• Régime 6 mois = 180 doses AA sur 9 mois (270 jours) • Régime 9 mois = 270 doses AA sur 13.5 mois (405 jours) • INH TOD: ≥ 62 doses 2 fois semaine sur 9 mois (270 jours) max.	• 270 doses AA sur 9 mois • 78 doses INH en TOD 2 fois semaine							

# TB latente

## Suivi clinico-radiologique

1. INF inscrit les dates prévues selon le Guide de SCR.  
À noter : Si décalage, ne pas répéter dans des intervalles < 3 mois
2. INF fait l'évaluation des sx  
À noter : Si sx, informer le MD
3. MD fait suivi de l'évaluation clinique et résultat RXP et indique la conduite.
4. Si suivi additionnel demandé, INF se réfère à l'outil « SCR additionnel ».



Centre de Santé et Services Sociaux Inuitalik  
Inuitalik Health & Social Services Centre  
Pavillon, Québec J0M 1T0  
T 011 988-2957 / F 011 988-2706

ᐅᑦᑦᑦ ᐅᑦᑦᑦ ᐅᑦᑦᑦ  
UNQVAY TULATTAVIK HEALTH CENTER  
CENTRE DE SANTÉ TULATTAVIK DE L'UNQVAY

EMBOISSER ICI LA CARTE DU CSI OU CSIS;  
SI NOV DISPONIBLE, INSCRIRE LES NOM, PRENOM,  
DATE DE NAISSANCE ET NUMERO DOSSIER  
EMBOSS HERE THE CARD OF IHC OR UIHC,  
IF NOT AVAILABLE, WRITE THE NAME, SURNAME,  
DATE OF BIRTH AND FILE NUMBER

**TUBERCULOSE**

**SUIVI CLINICO-RADIOLOGIQUE STANDARD**

**ÉVALUATION CLINIQUE ET CONDUITE MÉDICALE**

Date du TCT significatif : aaaa/mm/jj Résultat :      mm Poids initial :      kg en date du : aaaa/mm/jj

**RAISON DU SUIVI**

Infection tuberculeuse latente non ou inadéquatement traitée

Prophylaxie considérée acceptable

Contact étroit d'un cas de TB active à frottis positif - Date du dernier contact : aaaa/mm/jj

Suivi post fin de traitement de TB active

ÉVALUATION CLINIQUE <sup>1</sup>	Date prévue <sup>2</sup>	aa/mm/jj	aa/mm/jj	aa/mm/jj	aa/mm/jj	aa/mm/jj	aa/mm/jj	aa/mm/jj
	Date réelle <sup>3</sup>	aa/mm/jj	aa/mm/jj	aa/mm/jj	aa/mm/jj	aa/mm/jj	aa/mm/jj	aa/mm/jj
Toux inhabituelle ≥ 3 sem.								
Hémoptysie								
Sueurs nocturnes								
Fièvre persistante								
Poids		kg	kg	kg	kg	kg	kg	kg
Rappel sur l'auto-vigilance <sup>4</sup>								
Signature de l'infirmière								
CONDUITE MÉDICALE	Date de la RXP	aa/mm/jj	aa/mm/jj	aa/mm/jj	aa/mm/jj	aa/mm/jj	aa/mm/jj	aa/mm/jj
	RXP normale Continuer SCR idem	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
	RXP anormale Continuer SCR idem	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
	RXP anormale Se référer à note médicale	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
	Suivi additionnel demandé <sup>5</sup>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Signature du médecin								

<sup>1</sup> À compléter par l'infirmière avant le RXP. Indiquer si oui ou non le symptôme est présent. Informer le Md si présence de symptômes de TB active et l'indiquer sur la requête de radiologie dans la section « Commentaires ».

<sup>2</sup> Selon l'information complétée par le médecin dans le [GUIDE DE SUIVI CLINICO-RADIOLOGIQUE](#) du patient.

<sup>3</sup> Si retard dans le suivi clinico-radiologique, le faire maintenant. Puis si intervalle ≤ 3 mois avec le prochain suivi clinico-radiologique prévu, annuler ce dernier et maintenir les suivants tels que déjà cédulés.

<sup>4</sup> Encourager la consultation précoce advenant le développement de symptômes suggestifs de TB active.

<sup>5</sup> Si suivi additionnel demandé par le médecin, se référer à l'outil [SUIVI CLINICO-RADIOLOGIQUE ADDITIONNEL](#).


(DRSP-TB\_TB-ACT-ITL\_SCR-STANDARD\_V2020-10-01)

1 de 1  
DOSSIER CLSC

# TB latente

## Suivi clinico-radiologique

À noter : Il peut s'écouler entre 6 mois et 1 an entre chaque SCR. L'auto-vigilance est importante pour consulter sans attendre entre 2 SCR.



Centre de Santé et Services Sociaux Inuitivik  
Inuitivik Health & Social Services Centre  
Pavillon, Québec J0M 1P0  
T 819 986-2937 / F 819 986-2796

ᐃᑭᐱᑦ ᑕᑕᑕᐱᑦ ᑲᐱᐃᐱᐱᐱᐱᑦ  
UNGAVA TULATTAYIK HEALTH CENTER  
CENTRE DE SANTÉ TULATTAYIK DE L'UNGAVA

EMBOSSER ICI LA CARTE DU CBI DU CSTU  
SI NON DISPONIBLE, INSCRIRE LES NOM, PRÉNOM,  
DATE DE NAISSANCE ET NUMÉRO DOSSIER.

EMBOSS HERE THE CARD OF INC OR UTHC.  
IF NOT AVAILABLE, WRITE THE NAME, SURNAME,  
DATE OF BIRTH AND FILE NUMBER.

**TUBERCULOSE**  
**SUIVI CLINICO-RADIOLOGIQUE**  
**ADDITIONNEL**

**ÉVALUATION CLINIQUE**  
**ET CONDUITE MÉDICALE**

**NOTE** : Utiliser cet outil pour les suivis clinico-radiologiques additionnels demandés par le médecin en cours de SCR standard.

		aa/mm/jj	aa/mm/jj	aa/mm/jj	aa/mm/jj	aa/mm/jj	aa/mm/jj	aa/mm/jj
<b>ÉVALUATION CLINIQUE<sup>1</sup></b>	<b>Date prévue<sup>2</sup></b>	aa/mm/jj	aa/mm/jj	aa/mm/jj	aa/mm/jj	aa/mm/jj	aa/mm/jj	aa/mm/jj
	<b>Date réelle</b>	aa/mm/jj	aa/mm/jj	aa/mm/jj	aa/mm/jj	aa/mm/jj	aa/mm/jj	aa/mm/jj
	Toux inhabituelle ≥ 3 sem.							
	Hémoptysie							
	Sueurs nocturnes							
	Fièvre persistante							
	Poids	kg	kg	kg	kg	kg	kg	kg
Rappel sur l'auto-vigilance <sup>3</sup>								
Signature de l'infirmière								
<b>CONDUITE MÉDICALE</b>	<b>Date de la RXP</b>	aa/mm/jj	aa/mm/jj	aa/mm/jj	aa/mm/jj	aa/mm/jj	aa/mm/jj	aa/mm/jj
	RXP normale Continuer SCR idem	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
	RXP anormale Continuer SCR idem	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
	RXP anormale Se référer à note médicale	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Signature du médecin								

<sup>1</sup> À compléter par l'infirmière avant le RXP. Indiquer si oui ou non le symptôme est présent. Informer le Md si présence de symptômes de TB active et l'indiquer sur la requête de radiologie dans la section « Commentaires ».

<sup>2</sup> Selon note médicale.

<sup>3</sup> Encourager la consultation précoce advenant le développement de symptômes suggestifs de TB active.

# TB latente

## Suivi clinico-radiologique

<sup>3</sup>Si retard dans le suivi clinico-radiologique, le faire maintenant. Puis si intervalle  $\leq 3$  mois avec le prochain suivi clinico-radiologique prévu, annuler ce dernier et maintenir les suivants tels que déjà cédulés.

À compléter par l'infirmière avant le RXP :

ÉVALUATION CLINIQUE <sup>1</sup>	Date prévue	2020-01-01	2020-06-01	2021-01-01	2021-06-01	aaaa/m m	aaaa/mm	aaaa/mm
	Date réelle <sup>2</sup>	2020-01-01				aaaa/m m	aaaa/mm	aaaa/mm
	Toux inhabituelle Plus de 3 sem.	Non						
	Hémoptysie	Non						
	Sueurs nocturnes	Non						
	Fièvre persistante	Non						
	Poids	50 kg		kg	kg	kg	kg	kg
	Rappel sur l'auto-vigilance <sup>3</sup>	Fait						
	Initiales Inf.							



# TB latente

## Suivi clinico-radiologique

<sup>3</sup>Si retard dans le suivi clinico-radiologique, le faire maintenant. Puis si intervalle  $\leq 3$  mois avec le prochain suivi clinico-radiologique prévu, annuler ce dernier et maintenir les suivants tels que déjà cédulés.

À compléter par l'infirmière avant le RXP :

<b>ÉVALUATION CLINIQUE<sup>1</sup></b>	<b>Date prévue</b>	2020-01-01	2020-06-01	2021-01-01	2021-06-01	aaaa/m m	aaaa/mm	aaaa/mm
	<b>Date réelle<sup>2</sup></b>	2020-01-01	2020-08-01			aaaa/m m	aaaa/mm	aaaa/mm
	<b>Toux inhabituelle Plus de 3 sem.</b>	Non	Non					
	<b>Hémoptysie</b>	Non	Non					
	<b>Sueurs nocturnes</b>	Non	Non					
	<b>Fièvre persistante</b>	Non	Non					
	<b>Poids</b>	50 kg	50 kg	kg	kg	kg	kg	kg
	<b>Rappel sur l'auto-vigilance<sup>3</sup></b>	Fait	Fait					
	<b>Initiales Inf.</b>							

# TB latente

## Suivi clinico-radiologique

<sup>3</sup>Si retard dans le suivi clinico-radiologique, le faire maintenant. Puis si intervalle  $\leq 3$  mois avec le prochain suivi clinico-radiologique prévu, annuler ce dernier et maintenir les suivants tels que déjà cédulés.

À compléter par l'infirmière avant le RXP :

<b>ÉVALUATION CLINIQUE<sup>1</sup></b>	<b>Date prévue</b>	2020-01-01	2020-06-01	2021-01-01	2021-06-01	aaaa/m m	aaaa/mm	aaaa/mm
	<b>Date réelle<sup>2</sup></b>	2020-01-01	2020-08-01	2021-01-01		aaaa/m m	aaaa/mm	aaaa/mm
	<b>Toux inhabituelle Plus de 3 sem.</b>	Non	Non					
	<b>Hémoptysie</b>	Non	Non					
	<b>Sueurs nocturnes</b>	Non	Non					
	<b>Fièvre persistante</b>	Non	Non					
	<b>Poids</b>	50 kg	50 kg	kg	kg	kg	kg	kg
	<b>Rappel sur l'auto-vigilance<sup>3</sup></b>	Fait	Fait					
	<b>Initiales Inf.</b>							

# TB latente

## Suivi clinico-radiologique

<sup>3</sup>Si retard dans le suivi clinico-radiologique, le faire maintenant. Puis si intervalle  $\leq 3$  mois avec le prochain suivi clinico-radiologique prévu, annuler ce dernier et maintenir les suivants tels que déjà cédulés.

À compléter par l'infirmière avant le RXP :

<b>ÉVALUATION CLINIQUE<sup>1</sup></b>	<b>Date prévue</b>	2020-01-01	2020-06-01	2021-01-01	2021-06-01	aaaa/m m	aaaa/mm	aaaa/mm
	<b>Date réelle<sup>2</sup></b>	2020-01-01	2020-10-01			aaaa/m m	aaaa/mm	aaaa/mm
	<b>Toux inhabituelle Plus de 3 sem.</b>	Non	Non					
	<b>Hémoptysie</b>	Non	Non					
	<b>Sueurs nocturnes</b>	Non	Non					
	<b>Fièvre persistante</b>	Non	Non					
	<b>Poids</b>	50 kg	50 kg	kg	kg	kg	kg	kg
	<b>Rappel sur l'auto-vigilance<sup>3</sup></b>	Fait	Fait					
	<b>Initiales Inf.</b>							

# TB latente

## Suivi clinico-radiologique

<sup>3</sup>Si retard dans le suivi clinico-radiologique, le faire maintenant. Puis si intervalle  $\leq 3$  mois avec le prochain suivi clinico-radiologique prévu, annuler ce dernier et maintenir les suivants tels que déjà cédulés.

À compléter par l'infirmière avant le RXP :























<b>ÉVALUATION CLINIQUE<sup>1</sup></b>	<b>Date prévue</b>	2020-01-01	2020-06-01	2021-01-01	2021-06-01	aaaa/m m	aaaa/mm	aaaa/mm
	<b>Date réelle<sup>2</sup></b>	2020-01-01	2020-10-01		2021-06-01	aaaa/m m	aaaa/mm	aaaa/mm
	<b>Toux inhabituelle Plus de 3 sem.</b>	Non	Non					
	<b>Hémoptysie</b>	Non	Non					
	<b>Sueurs nocturnes</b>	Non	Non					
	<b>Fièvre persistante</b>	Non	Non					
	<b>Poids</b>	50 kg	50 kg	kg	kg	kg	kg	kg
	<b>Rappel sur l'auto-vigilance<sup>3</sup></b>	Fait	Fait					
	<b>Initiales Inf.</b>							

# TB active

## Nouveau cas

Lorsqu'un nouveau cas,  
4 documents importants à  
transmettre à la DRSP :

- ◆ l'évaluation clinique initiale
- ◆ la déclaration MADO
- ◆ l'annexe 4
- ◆ l'identification des contacts d'un cas de TB active

TB active		
<b>Déclaration MADO</b>	1 <sup>ère</sup> diffusion	Mise à jour
Déclaration MADO 		2013-03
Déclaration MADO – Version dynamique 		2013-03
<b>Annexe 4</b>		
Annexe 4 		2017-06-07
<b>Identification des contacts d'un cas de TB active</b>		
Procédure - Identification des contacts d'un cas de TB active 		2019-01
Identification des contacts d'un cas de TB active 		2019-11-25
<b>Contrat d'engagement</b>		
Procédure - Contrat d'engagement relatif au traitement obligatoire 		2018-10-09
Contrat d'engagement relatif au traitement obligatoire 		2018-10-09
<b>Isolement à domicile</b>		
Procédure – Isolement à domicile 		2019-12-18
Isolement à domicile 		2019-06-07
<b>Prescriptions de la médication TB active</b>		
--Chez l'adulte--		
Traitement TB active – Phase 1 - Adulte 		2019-11-29
Traitement TB active – Phase 2 - Adulte 		2019-11-29
--Chez l'enfant--		
Traitement TB active – Phase 1 - Enfant 		2019-11-29
Traitement TB active – Phase 2 - Enfant 		2019-11-29
<b>Protocole de suivi TB active</b>		
Protocole de suivi – TB active 		2019-11-25
<b>Enregistrement de la médication TB active</b>		
Procédure - Enregistrement de la médication TB active 		2019-04-09
Enregistrement de la médication TB active – Phase 1 		2019-11-25
Enregistrement de la médication TB active – Phase 2 		2019-11-25
<b>Évaluation clinique mensuelle</b>		
Procédure - Évaluation clinique mensuelle 		2019-02-28
Évaluation clinique mensuelle 		2019-02-28
<b>Issue de traitement</b>		
Issue de traitement 		2018-11
<b>Suivi clinico-radiologique</b>		
Guide de suivi clinico-radiologique 		2019-12-18
Évaluation clinique du suivi clinico-radiologique 		2019-12-18

# TB active

## Déclaration MADO

Remplie par le médecin.























La déclaration peut aussi se faire par courriel, par téléphone, par fax.

Santé et Services sociaux Québec		DT9070		Nom et prénom du patient		
				N° d'assurance maladie		Date de naissance Année Mois Jour
Adresse (N°, rue)						
Ville						
Code postal		Ind. rég.		Téléphone		Sexe M <input type="checkbox"/> F <input type="checkbox"/>
Occupation du patient						
<b>À L'USAGE DU DÉCLARANT</b>						
<b>DÉCLARATION D'UNE MALADIE/INFECTION/INTOXICATION À DÉCLARATION OBLIGATOIRE (MADO) SELON LA LOI SUR LA SANTÉ PUBLIQUE</b>						
Voir la liste au verso						
<b>Identification de la MADO</b>						
Nom de la MADO				Date du début de la MADO Année Mois Jour		
Prélèvement soumis au laboratoire : <input type="checkbox"/> Oui <input type="checkbox"/> Non Si oui :						
Date Année Mois Jour		Nom du laboratoire		Date Année Mois Jour		Nom du laboratoire
<b>Pour une MADO transmissible par le sang, les produits sanguins, les organes ou les tissus : Voir la NOTE au verso</b>						
Ce patient a-t-il donné du sang?				<input type="checkbox"/> Oui	<input type="checkbox"/> Non	<input type="checkbox"/> Ne sais pas
Ce patient a-t-il reçu du sang ou des produits sanguins?				<input type="checkbox"/> Oui	<input type="checkbox"/> Non	<input type="checkbox"/> Ne sais pas
Ce patient a-t-il donné des organes ou des tissus?				<input type="checkbox"/> Oui	<input type="checkbox"/> Non	<input type="checkbox"/> Ne sais pas
Ce patient a-t-il reçu des organes ou des tissus?				<input type="checkbox"/> Oui	<input type="checkbox"/> Non	<input type="checkbox"/> Ne sais pas
<b>Pour une déclaration d'un cas de syphilis :</b>						
<input type="checkbox"/> Primaire	<input type="checkbox"/> Latente (moins de 1 an)	<input type="checkbox"/> Tertiaire	<input type="checkbox"/> Autres formes (préciser)			
<input type="checkbox"/> Secondaire	<input type="checkbox"/> Latente (plus de 1 an)	<input type="checkbox"/> Congénitale				
<b>Nom du déclarant</b> (en lettres moulées)				<b>Numéros de téléphone</b>		
		N° de permis	Ind. rég.	Ind. rég.		
Adresse (N°, rue)				Ville		Code postal
Signature du déclarant				Date Année Mois Jour		
Ce formulaire ainsi que les coordonnées pour rejoindre les directions de santé publique de toutes les régions peuvent être trouvés sur le site Internet : <a href="http://www.msss.gouv.qc.ca">www.msss.gouv.qc.ca</a>						
Ministère de la Santé et des Services sociaux						
AS-770 DT9070 (rév. 2013-03)						
<b>À TRANSMETTRE AU DIRECTEUR DE SANTÉ PUBLIQUE DE VOTRE TERRITOIRE</b>						

# TB active

## Annexe 4

- ◆ = questionnaire d'enquête (document provincial et outil de SP)
- ◆ Peut être rempli par l'infirmière selon informations recueillies dans le dossier, auprès du médecin etc.
- ◆ Récapitule l'information essentielle pour la tenue du registre provincial SI-PMI.

TB active		
<b>Déclaration MADO</b>	1 <sup>ère</sup> diffusion	Mise à jour
Déclaration MADO 		2013-03
Déclaration MADO – Version dynamique 		2013-03
<b>Annexe 4</b>		
Annexe 4 		2017-06-07
<b>Identification des contacts d'un cas de TB active</b>		
Procédure - Identification des contacts d'un cas de TB active 		2019-01
Identification des contacts d'un cas de TB active 		2019-11-25
<b>Contrat d'engagement</b>		
Procédure - Contrat d'engagement relatif au traitement obligatoire 		2018-10-09
Contrat d'engagement relatif au traitement obligatoire 		2018-10-09
<b>Isolement à domicile</b>		
Procédure – Isolement à domicile 		2019-12-18
Isolement à domicile 		2019-06-07
<b>Prescriptions de la médication TB active</b>		
--Chez l'adulte--		
Traitement TB active – Phase 1 - Adulte 		2019-11-29
Traitement TB active – Phase 2 - Adulte 		2019-11-29
--Chez l'enfant--		
Traitement TB active – Phase 1 - Enfant 		2019-11-29
Traitement TB active – Phase 2 - Enfant 		2019-11-29
<b>Protocole de suivi TB active</b>		
Protocole de suivi – TB active 		2019-11-25
<b>Enregistrement de la médication TB active</b>		
Procédure - Enregistrement de la médication TB active 		2019-04-09
Enregistrement de la médication TB active – Phase 1 		2019-11-25
Enregistrement de la médication TB active – Phase 2 		2019-11-25
<b>Évaluation clinique mensuelle</b>		
Procédure - Évaluation clinique mensuelle 		2019-02-28
Évaluation clinique mensuelle 		2019-02-28
<b>Issue de traitement</b>		
Issue de traitement 		2018-11
<b>Suivi clinico-radiologique</b>		
Guide de suivi clinico-radiologique 		2019-12-18
Évaluation clinique du suivi clinico-radiologique 		2019-12-18

# TB active

## Annexe 4

### ◆ Informations administratives

ANNEXE 4						
Questionnaire d'enquête de tuberculose						
No de dossier MADO :						
Nom :			Prénom :			
Sexe : <input type="checkbox"/> F <input type="checkbox"/> M Âge :			DDN: (aa) (mm) (jj)			
Adresse :						
No		(Type de rue)	Rue		Direction	App.
Municipalité :				Code postal :		
Téléphone : Maison :			Travail :			
Cellulaire :			Autre :			
Occupation:						<input type="checkbox"/> Ne s'applique pas <input type="checkbox"/> Ne travaille pas
Nom et prénom ainsi que lien du répondant si autre que le sujet :						
Particularités/Commentaires :						
<b>CLSC et Pharmacie</b>						
CLSC :		Tél. :		Télec. :		
Infirmière responsable :						
Pharmacie :		Tél. :		Télec. :		
<b>Adresse de résidence secondaire actuelle (chalet, habitation du conjoint ou d'un parent)</b>						
Définition :		Endroit où le patient passe au moins une nuit ou plus par semaine				
À remplir pour :		Cas pulmonaires (pendant la période de contagiosité) Cas extrapulmonaires (au moment du diagnostic)				
Adresse :						
No	Type de rue	Rue	Direction	App.	Municipalité	Code postal
Raison pour donner une seconde adresse :						
<input type="checkbox"/> Chalet	<input type="checkbox"/> Maison d'amis	<input type="checkbox"/> Maison du conjoint	<input type="checkbox"/> Maison d'un parent	<input type="checkbox"/> Autre:		
<p><i>N. B. : Les sections en gris pâle sont les informations nécessaires pour le fichier central des MADO et les formulaires de l'ASPC.</i></p> <p><i>Les sections en gris plus pâle sont les informations nécessaires pour les formulaires de l'ASPC.</i></p>						



# TB active

## Annexe 4

- ◆ Antécédents TB
- ◆ Résultats :
  - du GeneXpert (TAAN-PCR)
  - des frottis !!!
  - et cultures (*plus tard*)

A. Histoire médicale																													
1. SITUATION DU CAS																													
Premier épisode de tuberculose																													
<input type="checkbox"/> Oui	<input type="checkbox"/> Non →	Année du diagnostic précédent			<input type="checkbox"/> Au Canada	<input type="checkbox"/> Autre pays :																							
Tx antérieur		<input type="checkbox"/> Oui	<input type="checkbox"/> Non	<input type="checkbox"/> Donnée inconnue																									
Médication antérieure																													
<input type="checkbox"/> INH		<input type="checkbox"/> EMB		<input type="checkbox"/> RMP		<input type="checkbox"/> PZA		<input type="checkbox"/> SM																					
<input type="checkbox"/> Autre (précisez) :				<input type="checkbox"/> Donnée inconnue																									
Tx antérieur terminé ou guérison					<input type="checkbox"/> Oui	<input type="checkbox"/> Non	<input type="checkbox"/> Donnée inconnue																						
Si oui, dernier jour du traitement précédent : (aa) (mm) (jj)																													
2. ANALYSE DE LABORATOIRE																													
Frottis					Culture																								
	Pos.	Neg.	Non Fait	In-connu	Date de prélèvement (AAA-MM-JJ)	Pos.	Neg.	Non Fait	In-connu	Date de rapport (AAA-MM-JJ)																			
<input type="checkbox"/> Expectations	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>		<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>																				
<input type="checkbox"/> Expectations	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>		<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>																				
<input type="checkbox"/> Expectations	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>		<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>																				
<input type="checkbox"/> Expectations	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>		<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>																				
<input type="checkbox"/> Lavage des Bronches	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>		<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>																				
<input type="checkbox"/> Lavage Gastrique	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>		<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>																				
<input type="checkbox"/> Urine	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>		<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>																				
<input type="checkbox"/> Biopsie	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>		<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>																				
<input type="checkbox"/> Autre	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>		<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>																				
PCR																													
<input type="checkbox"/> Positif		<input type="checkbox"/> Négatif		Date: (AAA-MM-JJ)																									
<input type="checkbox"/> Non fait		<input type="checkbox"/> Inconnu		Spécimen																									
Génotypage																													
<input type="checkbox"/> Oui		<input type="checkbox"/> Non		<input type="checkbox"/> Inconnu		Nbres MIRU																							
<input type="checkbox"/> RFLP		<input type="checkbox"/> Oui		<input type="checkbox"/> Non		<table border="1"> <tr> <td></td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td> </tr> <tr> <td></td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td> </tr> </table>																							

# TB active

## Annexe 4

- ◆ Antécédents TB
- ◆ Résultats :
  - du GeneXpert
  - des frottis !!!
  - et cultures (*plus tard*)
- ◆ Génotypage (*plus tard*)

A. Histoire médicale										
1. SITUATION DU CAS										
Premier épisode de tuberculose										
<input type="checkbox"/> Oui	<input type="checkbox"/> Non →	Année du diagnostic précédent	<input type="checkbox"/> Au Canada	<input type="checkbox"/> Autre pays :						
Tx antérieur		<input type="checkbox"/> Oui	<input type="checkbox"/> Non	<input type="checkbox"/> Donnée inconnue						
Médication antérieure										
<input type="checkbox"/> INH		<input type="checkbox"/> EMB		<input type="checkbox"/> RMP		<input type="checkbox"/> PZA		<input type="checkbox"/> SM		
<input type="checkbox"/> Autre ( <i>précisez</i> ) :				<input type="checkbox"/> Donnée inconnue						
Tx antérieur terminé ou guérison				<input type="checkbox"/> Oui	<input type="checkbox"/> Non	<input type="checkbox"/> Donnée inconnue				
Si oui, dernier jour du traitement précédent : (aa) (mm) (jj)										
2. ANALYSE DE LABORATOIRE										
Frottis					Culture					
	Pos.	Neg.	Non Fait	In-connu	Date de prélèvement (AAA-MM-JJ)	Pos.	Neg.	Non Fait	In-connu	Date de rapport (AAA-MM-JJ)
<input type="checkbox"/> Expectations	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>		<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
<input type="checkbox"/> Expectations	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>		<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
<input type="checkbox"/> Expectations	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>		<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
<input type="checkbox"/> Expectations	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>		<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
<input type="checkbox"/> Lavage des Bronches	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>		<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
<input type="checkbox"/> Lavage Gastrique	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>		<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
<input type="checkbox"/> Urine	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>		<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
<input type="checkbox"/> Biopsie	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>		<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
<input type="checkbox"/> Autre	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>		<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
PCR										
<input type="checkbox"/> Positif		<input type="checkbox"/> Négatif		Date: (AAA-MM-JJ)						
<input type="checkbox"/> Non fait		<input type="checkbox"/> Inconnu		Spécimen _____						
Génotypage										
<input type="checkbox"/> Oui		<input type="checkbox"/> Non		<input type="checkbox"/> Inconnu		Nbrs MIRU				
<input type="checkbox"/> RFLP		<input type="checkbox"/> Oui		<input type="checkbox"/> Non		<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>

# TB active

## Annexe 4

- ◆ Présentation clinique
  - ◆ Site de la TB
  - ◆ Date du diagnostic
  - ◆ Status du cas
  - ◆ Sx : date de début !!!
- ◆ RXP !!!

3. PRÉSENTATION CLINIQUE				
<b>Diagnostic clinique</b>				
<input type="checkbox"/> Pulmonaire	<input type="checkbox"/> Pulmonaire associé à silicose			
<input type="checkbox"/> Miliaire	<input type="checkbox"/> Pleurésie			
<input type="checkbox"/> Système nerveux central	<input type="checkbox"/> Abdominal :			
<input type="checkbox"/> Os et articulation :	<input type="checkbox"/> Génito-urinaire :			
<input type="checkbox"/> Primaire	<input type="checkbox"/> Ganglions :			
<input type="checkbox"/> Autre non respir. :	<input type="checkbox"/> Autre respir. :			
<b>Date du diagnostic</b> (AAA-MM-JJ)				
<b>Statut du cas</b>				
Cas validé	<input type="checkbox"/> Oui →	<input type="checkbox"/> confirmé :	(AAA-MM-JJ)	<input type="checkbox"/> probable
	<input type="checkbox"/> Non			
<b>Symptômes</b>	<b>Oui</b>	<b>Date de début*</b>	<b>Non</b>	<b>Inconnu</b>
Aucun	<input type="checkbox"/>		<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Fièvre	<input type="checkbox"/>	(AAA-MM-JJ)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Perte de poids	<input type="checkbox"/>	(AAA-MM-JJ)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Atteinte de l'état général	<input type="checkbox"/>	(AAA-MM-JJ)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Toux	<input type="checkbox"/>	(AAA-MM-JJ)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Expectorations	<input type="checkbox"/>	(AAA-MM-JJ)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Sudations nocturnes	<input type="checkbox"/>	(AAA-MM-JJ)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Hémoptysie	<input type="checkbox"/>	(AAA-MM-JJ)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Autre	<input type="checkbox"/>	(AAA-MM-JJ)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Précisez :				
(* Si le jour de la date de début n'est pas connu, inscrire 07 pour début du mois, 14 pour milieu et 21 pour fin du mois.)				
4. RADIOGRAPHIE PULMONAIRE				
<b>Rapport initial de radiographie pulmonaire</b>				
Date	(AAA-MM-JJ)	<input type="checkbox"/> Date inconnue		
<input type="checkbox"/> Normale	<input type="checkbox"/> Anormale cavitaire		<input type="checkbox"/> Anormale non cavitaire	
<input type="checkbox"/> Non fait	<input type="checkbox"/> Donnée inconnue			
Précisez :				

# TB active

## Annexe 4

- ◆ Hospitalisation
  - ◆ Date d'hospit !!!
- ◆ Le contexte
- ◆ Le traitement
  - ◆ Date de début de Rx !!!

5. HÔPITAL ET MÉDECIN			
No de dossier de l'hôpital (pour hospitalisation ou non)			
Hospitalisation	<input type="checkbox"/> Oui	Du : (AAA-MM-JJ)	au : (AAA-MM-JJ) <input type="checkbox"/> Non
Hôpital no 1 :		Tél. :	No de chambre : _____
Hôpital no 2 :		Tél. :	No de chambre : _____
Médecin traitant :		Tél. :	
Médecin traitant :		Tél. :	
6. DÉTECTION			
Méthode de détection			
<input type="checkbox"/> Symptômes compatibles avec le siège de l'infection	<input type="checkbox"/> Observation accidentelle		
<input type="checkbox"/> Post-mortem	<input type="checkbox"/> Enquête sur les contacts		
<input type="checkbox"/> Surveillance médicale pour l'immigration	<input type="checkbox"/> Examen médical initial de l'immigration fait à l'extérieur du Canada <input type="checkbox"/> Examen médical initial de l'immigration fait au Canada		
<input type="checkbox"/> Dépistage en milieu de travail	<input type="checkbox"/> Autre type de dépistage		
<input type="checkbox"/> Autre (précisez) :	<input type="checkbox"/> Donnée inconnue		
Commentaires :			
7. TRAITEMENT			
Médication		Début du traitement : (AAA-MM-JJ)	
		Fin du traitement : (AAA-MM-JJ)	
	<u>Résistance</u>	<u>Pour chacun des médicaments</u>	
<b>1<sup>re</sup> ligne</b>	<input type="checkbox"/> Non <input type="checkbox"/> Inconnu	Posologie	Début du traitement (AAA-MM-JJ) _____ Fin du traitement (AAA-MM-JJ) _____
<input type="checkbox"/> Isoniazide (INH)	<input type="checkbox"/> Oui	_____	(AAA-MM-JJ) _____
<input type="checkbox"/> Rifampicine (RMP)	<input type="checkbox"/> Oui	_____	(AAA-MM-JJ) _____
<input type="checkbox"/> Éthambutol (EMB)	<input type="checkbox"/> Oui	_____	(AAA-MM-JJ) _____
<input type="checkbox"/> Pyrazinamide (PZA)	<input type="checkbox"/> Oui	_____	(AAA-MM-JJ) _____
<b>2<sup>e</sup> ligne</b>			
<input type="checkbox"/> Streptomycine (SM)	<input type="checkbox"/> Oui	_____	(AAA-MM-JJ) _____
<input type="checkbox"/> Kanamycine (KAN)	<input type="checkbox"/> Oui	_____	(AAA-MM-JJ) _____
<input type="checkbox"/> Capréomycine (CAP)	<input type="checkbox"/> Oui	_____	(AAA-MM-JJ) _____
<input type="checkbox"/> Ofloxacine	<input type="checkbox"/> Oui	_____	(AAA-MM-JJ) _____
<input type="checkbox"/> Éthionamide (ETHI)	<input type="checkbox"/> Oui	_____	(AAA-MM-JJ) _____
<input type="checkbox"/> Acide para-aminosalicylique (PAS)	<input type="checkbox"/> Oui	_____	(AAA-MM-JJ) _____
<input type="checkbox"/> Lévofloxacine	<input type="checkbox"/> Oui	_____	(AAA-MM-JJ) _____
<input type="checkbox"/> Rifabutin	<input type="checkbox"/> Oui	_____	(AAA-MM-JJ) _____
<input type="checkbox"/> Autre antibiotique	<input type="checkbox"/> Oui	_____	(AAA-MM-JJ) _____
Apparition d'une résistance durant le traitement			

# TB active

## Annexe 4

En fin de traitement :

- ◆ Issue de traitement
- ◆ Modalités de traitement

<input type="checkbox"/> Oui ↓	<input type="checkbox"/> Non	<input type="checkbox"/> Non étudié
<b>1<sup>re</sup> ligne</b>		
<input type="checkbox"/> Isoniazide (INH)	<input type="checkbox"/> Éthambutol (EMB)	<input type="checkbox"/> Rifampicine (RMP)
<b>2<sup>e</sup> ligne</b>		
<input type="checkbox"/> Streptomycine (SM)	<input type="checkbox"/> Ofloxacine	<input type="checkbox"/> Rifabutin
<input type="checkbox"/> Kanamycine (KAN)	<input type="checkbox"/> Éthionamide (ETHI)	<input type="checkbox"/> Lévofloxacine
<input type="checkbox"/> Capréomycine (CAP)	<input type="checkbox"/> Acide para-amino-salicylique (PAS)	<input type="checkbox"/> Autre
<b>Issue du traitement</b>		
<input type="checkbox"/> Guérison – culture négative à la fin du traitement		
<input type="checkbox"/> Traitement terminé – sans culture à la fin du traitement		
<input type="checkbox"/> Décès avant ou durant le traitement		
Date du décès : (AAA-MM-JJ) →	<input type="checkbox"/> La TB a été la cause du décès	
	<input type="checkbox"/> La TB a contribué au décès, mais n'en était pas la cause initiale	
	<input type="checkbox"/> La TB n'a pas contribué au décès	
<input type="checkbox"/> Transfert dans un autre pays – issue du traitement inconnue		
<input type="checkbox"/> Échec du traitement – culture positive de façon continue ou récurrente après 4 mois ou plus de traitement		
<input type="checkbox"/> Abandon (cas perdu de vue avant qu'il ait pris 80 % des doses)		
<input type="checkbox"/> Traitement en cours		
<input type="checkbox"/> Traitement discontinué en raison d'un événement défavorable		
<input type="checkbox"/> Autre (précisez) :		
<input type="checkbox"/> Issue inconnue		
<b>Principale modalité de traitement</b>		<b>Taux estimatif d'observance</b>
<input type="checkbox"/> TOD (Thérapie sous observation directe : traitement dans le cadre duquel on observe le patient pour s'assurer qu'il avale chaque dose de médicament.) →		<input type="checkbox"/> 80 % et plus
<input type="checkbox"/> TOD standard (TOD durant toute la phase initiale et la phase de continuation.)		<input type="checkbox"/> 50-79 %
<input type="checkbox"/> TOD modifiée (TOD pour seulement une partie de la période de traitement, habituellement durant la phase initiale, qui est suivie d'un traitement autoadministré pendant la phase de continuation.)		<input type="checkbox"/> < 50 %
<input type="checkbox"/> TOD améliorée (TOD pendant les deux phases, mais qui inclut aussi des mesures d'encouragement et de facilitation.)		<input type="checkbox"/> Taux inconnu
<input type="checkbox"/> Traitement quotidien et autoadministré		
<input type="checkbox"/> Autre (précisez) :		
<input type="checkbox"/> Modalité inconnue		



# TB active

## Annexe 4

- ◆ Origines du patient
- ◆ Statut VIH
  - ◆ Immunosupprimé ?

B. Histoire médicale				
<b>1. IMMIGRATION/ORIGINE/VISITEUR</b>				
<b>Pays de naissance</b>				
<input type="checkbox"/> CANADA Autochtone <input type="checkbox"/> Non → <table border="1"> <tr> <td>Si moins de 15 ans</td> </tr> <tr> <td>Pays de naissance de la mère :</td> </tr> <tr> <td>Pays de naissance du père :</td> </tr> </table>	Si moins de 15 ans	Pays de naissance de la mère :	Pays de naissance du père :	<input type="checkbox"/> AUTRE PAYS Nom du pays : Date d'arrivée au Canada : (AAA-MM-JJ) <i>(Inscrire seulement l'année si date incomplète)</i>
Si moins de 15 ans				
Pays de naissance de la mère :				
Pays de naissance du père :				
<input type="checkbox"/> Oui → <table border="1"> <tr> <td> <input type="checkbox"/> Inuit  <input type="checkbox"/> Métis    <input type="checkbox"/> Indien inscrit            → Vit sur une réserve la plupart du temps  <input type="checkbox"/> Oui <input type="checkbox"/> Non               </td> </tr> <tr> <td> <input type="checkbox"/> Situation inconnue  <input type="checkbox"/> Autre Autochtone            Précisez :               </td> </tr> </table>	<input type="checkbox"/> Inuit <input type="checkbox"/> Métis  <input type="checkbox"/> Indien inscrit → Vit sur une réserve la plupart du temps <input type="checkbox"/> Oui <input type="checkbox"/> Non	<input type="checkbox"/> Situation inconnue <input type="checkbox"/> Autre Autochtone Précisez :	<b>Situation actuelle (en ce qui concerne l'immigration)</b> <input type="checkbox"/> Immigrant reçu/Citoyen canadien <input type="checkbox"/> Réfugié <input type="checkbox"/> Réfugié dans le sens de la Convention <input type="checkbox"/> Demandeur du statut de réfugié  <input type="checkbox"/> Visa <input type="checkbox"/> de travail <input type="checkbox"/> d'étudiant <input type="checkbox"/> de visiteur  <input type="checkbox"/> Autre (précisez) : <input type="checkbox"/> Donnée inconnue	
<input type="checkbox"/> Inuit <input type="checkbox"/> Métis  <input type="checkbox"/> Indien inscrit → Vit sur une réserve la plupart du temps <input type="checkbox"/> Oui <input type="checkbox"/> Non				
<input type="checkbox"/> Situation inconnue <input type="checkbox"/> Autre Autochtone Précisez :				
<b>2. DÉPISTAGE DU VIH</b>				
<b>Dépistage du VIH</b>				
<input type="checkbox"/> Fait <input type="checkbox"/> Date : (AAA-MM-JJ)	Résultat : <input type="checkbox"/> Positif <input type="checkbox"/> Négatif <input type="checkbox"/> Donnée inconnue			
<input type="checkbox"/> Non fait				
→ <input type="checkbox"/> Déjà connu positif <input type="checkbox"/> Test non offert ou non demandé par le médecin <input type="checkbox"/> Test refusé par le patient				
<input type="checkbox"/> Donnée inconnue				

# TB active

## Annexe 4






















### ◆ Autres facteurs de risque

3. AUTRES FACTEURS DE RISQUE				
Facteur de risque	Oui	Non	Inconnu	Précisez PRN
<input type="checkbox"/> Diabète	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
<input type="checkbox"/> Cancer	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
<input type="checkbox"/> Silicose	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
<input type="checkbox"/> Radiographie pulmonaire antérieure anormale (maladie fibronodulaire ou granulome)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
<input type="checkbox"/> Prise prolongée (≥ 3 mois) de corticostéroïdes (prednisone ≥ 15 mg/jour ou équivalent)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
<input type="checkbox"/> Immunosuppression associée à une transplantation	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
<input type="checkbox"/> Abus d'alcool dans les 2 dernières années	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
<input type="checkbox"/> Utilisation de drogues dans les 2 dernières années	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
<input type="checkbox"/> Sans abri dans les 2 dernières années	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
<input type="checkbox"/> Histoire de détention dans les 2 dernières années	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
<input type="checkbox"/> Détention en milieu correctionnel au moment du diagnostic	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
<input type="checkbox"/> Contact connu avec cas de tuberculose	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
Si oui, Nom :		Dossier :		
Voyage à forte incidence de TB dans les 2 dernières années		<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Si oui Pays :		Année :		Durée du séjour :
Pays :		Année :		Durée du séjour :
Commentaires :				



# TB active

## Identification des contacts

TB active		
<b>Déclaration MADO</b>	1 <sup>ère</sup> diffusion	Mise à jour
Déclaration MADO 		2013-03
Déclaration MADO – Version dynamique 		2013-03
<b>Annexe 4</b>		
Annexe 4 		2017-06-07
<b>Identification des contacts d'un cas de TB active</b>		
Procédure - Identification des contacts d'un cas de TB active 		2019-01
Identification des contacts d'un cas de TB active 		2019-11-25
<b>Contrat d'engagement</b>		
Procédure - Contrat d'engagement relatif au traitement obligatoire 		2018-10-09
Contrat d'engagement relatif au traitement obligatoire 		2018-10-09
<b>Isolement à domicile</b>		
Procédure – Isolement à domicile 		2019-12-18
Isolement à domicile 		2019-06-07
<b>Prescriptions de la médication TB active</b>		
--Chez l'adulte--		
Traitement TB active – Phase 1 - Adulte 		2019-11-29
Traitement TB active – Phase 2 - Adulte 		2019-11-29
--Chez l'enfant--		
Traitement TB active – Phase 1 - Enfant 		2019-11-29
Traitement TB active – Phase 2 - Enfant 		2019-11-29
<b>Protocole de suivi TB active</b>		
Protocole de suivi – TB active 		2019-11-25
<b>Enregistrement de la médication TB active</b>		
Procédure - Enregistrement de la médication TB active 		2019-04-09
Enregistrement de la médication TB active – Phase 1 		2019-11-25
Enregistrement de la médication TB active – Phase 2 		2019-11-25
<b>Évaluation clinique mensuelle</b>		
Procédure - Évaluation clinique mensuelle 		2019-02-28
Évaluation clinique mensuelle 		2019-02-28
<b>Issue de traitement</b>		
Issue de traitement 		2018-11
<b>Suivi clinico-radiologique</b>		
Guide de suivi clinico-radiologique 		2019-12-18
Évaluation clinique du suivi clinico-radiologique 		2019-12-18

# TB active

## Identification des contacts d'un cas de TB active

Étape cruciale dans la prévention et le contrôle de la TB !

### BUT

- ◆ Identifier l'ensemble des personnes exposées à un cas de TB active et caractériser leur degré d'exposition durant la période de contagiosité.










# TB active

## Identification des contacts d'un cas de TB active

Centre de Santé et Services Sociaux Inuvik  
Inuvik Health & Social Services Centre  
Inuvik, Québec J0B 0P0  
T 819 988-2707 / F 819 988-2706



ᐱᐃᐃᐃ ᐃᐃᐃᐃ ᐃᐃᐃᐃᐃ  
INUVIK HEALTH & SOCIAL SERVICES CENTRE  
CENTRE DE SANTÉ ET SERVICES SOCIAUX D'INUVIK

Code boîte à outils	DRSP TB /TB ACT-IDENT-CONTACTS
Titre	TB ACTIVE- IDENTIFICATION DES CONTACTS D'UN CAS DE TB ACTIVE - PROCÉDURE
Date	2019-01

**PROCÉDURE**

**POINT CLÉ**

L'identification des personnes en contact avec un cas de tuberculose (TB) active est une étape cruciale dans la prévention et le contrôle de la tuberculose.

Un contact est une personne qui a inhalé un volume d'air contaminé aux bacilles de Koch (BK) dans l'environnement d'une personne atteinte de TB active. Le risque d'infection dépend du degré de contagiosité du cas index ainsi que de la fréquence et de la durée d'exposition avec la personne malade, dans un espace intérieur durant la période de contagiosité. Le risque de progression vers la maladie active dépend aussi de la vulnérabilité de l'hôte (ex. : enfant de moins de 5 ans, personne immunosupprimée).

De façon générale, un jeune adulte avec une tuberculose pulmonaire active sera considéré contagieux, tandis qu'un enfant de moins de 10 ans ne le sera pas. Dans ce dernier cas, il faut plutôt rechercher, parmi son entourage, une personne malade qui serait la source de l'infection de l'enfant.

L'enquête doit être planifiée et effectuée selon les recommandations de la DRSP du Nunavik.

**BUT**

Identifier l'ensemble des personnes exposées à un cas de TB active et caractériser leur degré d'exposition durant la période de contagiosité.

**OBJECTIFS**

- > Détecter des cas de TB active secondaires et amorcer un traitement antituberculeux rapidement.
- > Détecter parmi les personnes exposées celles qui ont été infectées (ITL) ou vulnérables et offrir un traitement préventif ou un suivi clinico-radiologique.
- > Rechercher un cas source si le cas index est un enfant ou si la situation le requiert.



**RESPONSABILITÉS DE L'ÉQUIPE DE SOINS** (infirmière, médecin, interprète)

Étape préalable à l'entrevue :


- > La DRSP communiquera avec vous afin de planifier les étapes de l'enquête, de clarifier les caractéristiques cliniques du cas (antécédents, symptômes, résultats de microbiologie et de radiologie) et de déterminer le degré d'infectiosité et la période de contagiosité du cas index.
- > Lire attentivement le formulaire *Identification des contacts* afin de bien comprendre et assimiler l'ensemble de la démarche.

Au début de l'entrevue : Créer un climat de confiance

- > Explorer les sentiments du patient par rapport à la tuberculose, la compréhension qu'il a de sa maladie et sa motivation à suivre le traitement. Il sera nécessaire de combler les lacunes et de corriger les idées fausses.
- > Expliquer clairement (concepts et mots simples) la maladie, le mode de transmission (toux, espace clos, pas de risque en plein air), la période de contagiosité et les risques de contamination durant cette période, pour justifier la démarche. Cette information doit lui demeurer en tête pendant toute la durée du questionnaire.
- > Expliquer l'importance d'identifier l'ensemble des personnes avec lesquelles il a passé du temps durant la période de contagiosité. Mentionner que ces personnes peuvent avoir été infectées (ITL) et que certaines d'entre elles peuvent développer la TB. Expliquer l'importance de l'intervention précoce afin d'agir rapidement et éviter que la TB se propage dans la communauté.

Centre de Santé et Services Sociaux Inuvik  
Inuvik Health & Social Services Centre  
Inuvik, Québec J0B 0P0  
T 819 988-2707 / F 819 988-2706



ᐱᐃᐃᐃ ᐃᐃᐃᐃ ᐃᐃᐃᐃᐃ  
INUVIK HEALTH & SOCIAL SERVICES CENTRE  
CENTRE DE SANTÉ ET SERVICES SOCIAUX D'INUVIK

- > Aviser le patient que toutes les informations obtenues lors de la discussion sont **CONFIDENTIELLES** et seront utilisées seulement par la DRSP et les Centres de Santé respectifs. Ces informations permettront une meilleure planification des interventions et une prise en charge efficace de l'ensemble des personnes identifiées.
- > Informer le patient que l'entrevue peut être menée sur quelques jours pour lui laisser le temps de réfléchir à la démarche et de se remémorer des personnes côtoyées durant la période déterminée. Il est important de suivre le rythme du patient et surtout d'éviter que l'entrevue soit lourde pour lui.

Pendant l'entrevue : Lister l'ensemble des contacts

- > **Déterminer le plus clairement possible la fréquence et la durée d'exposition** pour chacune des personnes identifiées afin de permettre à la DRSP d'évaluer adéquatement leur risque d'infection et d'établir le suivi clinique approprié pour chacune d'entre elles.
- > **Débuter la démarche en vérifiant s'il y a, parmi ses contacts proches, des personnes vulnérables soit, des enfants de moins de 5 ans, car ceux-ci peuvent développer rapidement des formes sévères de tuberculose OU des immunodéficients (VIH, greffé d'organe traité aux immunosuppresseurs, personne sous traitement de glucocorticoides (15mg/jour et plus de prednisone).** Tout au long de l'entrevue, porter une attention particulière aux personnes vulnérables de son entourage.
- > Si l'usager est un **consommateur de cannabis ou autres drogues inhalées**, porter une attention particulière aux lieux et aux personnes qui partagent cette activité avec lui ou qui seraient présentes sur place (ex. : enfant qui accompagne un ami, enfant vivant dans la maison visitée) étant donné le risque associé à la toux qui en résulte. **Sujet pouvant être sensible pour certains, veuillez l'aborder habilement.**
- > Aider le patient à se situer dans le temps et essayer de prendre en compte des événements marquants (ex. : Noël, voyage, mariage, vacances, activités saisonnières) durant sa période de contagiosité pour mettre des repères temporels.
- > Utiliser une carte imprimée du village afin d'aider l'usager à situer des lieux de rencontres (disponible sur le site web de l'Administration Régionale Katuvik (ARK) dans la section Nunivaat).
- > Le nom d'une même personne peut apparaître sur plusieurs listes si celle-ci est rencontrée dans différents lieux ou activités diverses. Le cumul de la durée d'exposition sera d'autant plus important.
- > Assurez-vous de n'oublier personne! Père, mère, parents adoptifs, enfants adoptés, gens avec qui il prend ses repas, frères, sœurs, grands-parents, oncles, tantes, beaux-frères, belles sœurs, neveux, nièces, cousins, voisins, amis, collègue de travail, visiteurs d'un autre village, gens avec qui il partage des activités régulières : camping, jeux de cartes, sculpture, couture, jeux vidéo, etc.




**Important :** Outre ses visiteurs à la maison, il faut penser aux visiteurs de ses enfants, de ses parents de ses frères et sœurs et les visiteurs des amis ou de la famille rencontrés dans les maisons et les lieux visités fréquemment.

Après la rencontre

- > Transmettre le questionnaire complété à la DRSP du Nunavik (télécopier : 1-866-867-8026) qui classera par ordre de priorité les contacts en fonction de leur exposition, leur vulnérabilité immunitaire, leur antécédent et la présence ou non de symptômes. La DSRP vous guidera dans les prochaines étapes d'évaluations cliniques.

# TB active

## Identification des contacts d'un cas de TB active - page 1

 <p><b>IDENTIFICATION DES CONTACTS D'UN CAS DE TB ACTIVE</b></p>	 <p>Centre de Santé et Services Sociaux Inuulitsivik Inuulitsivik Health &amp; Social Services Centre Puvimtuq, Québec J0M 1P0 T 819 980-2957 / F 819 980-2796</p>  <p>UINGAVA TULATTAVIK HEALTH CENTER CENTRE DE SANTÉ TULATTAVIK DE L'UNGAVA</p>	<p><b>IDENTIFICATION</b></p> <p>EMBOSSER ICI LA CARTE DU CSI ou CSTU SI NON DISPONIBLE, INSCRIRE LES PRENOM, NOM, DATE DE NAISSANCE ET NO. DOSSIER</p>
<p><b>RENSEIGNEMENTS CLINIQUES</b></p>		
<p>Date de début de la toux : ____/____/____ <small>AAAA/MM/JJ</small></p>	<p>Date du diagnostic : ____/____/____ <small>AAAA/MM/JJ</small></p>	<p>Date du début du traitement : ____/____/____ <small>AAAA/MM/JJ</small></p>
<p>GeneXpert-PCR : <input type="checkbox"/> Positif <input type="checkbox"/> Négatif</p>	<p>Frottis : <input type="checkbox"/> Positif → (1+) (2+) (3+) (4+) <input type="checkbox"/> Négatif</p>	<p>Culture : <input type="checkbox"/> Positif <input type="checkbox"/> Négatif</p>
<p>Radiographie pulmonaire : <input type="checkbox"/> Normale</p>	<p><input type="checkbox"/> Anormale, sans évidence de TB active <input type="checkbox"/> Anormale, compatible avec TB active <input type="checkbox"/> Anormale, lésions cavitaires TB active probable</p>	
<p>Consommateur de cannabis ou autre drogue inhalée : <input type="checkbox"/> OUI <input type="checkbox"/> NON</p>		
<p>Période de contagiosité : Date de début<sup>1</sup> : ____/____/____ Date de fin<sup>2</sup> : ____/____/____ <small>AAAA/MM/JJ</small> <small>AAAA/MM/JJ</small></p>		
<p><b>NOTE :</b> Se référer à la période de contagiosité comprise entre ces dates pour effectuer la recherche de contacts</p>		
<p><sup>1</sup> Date déterminée et transmise par la Direction de santé publique (basée sur la date du début des symptômes ET selon les résultats de laboratoire (notamment les frottis d'expectorations) et de radiographies pulmonaires (cavitaire ou non) du cas.</p>		
<p><sup>2</sup> Date du 1<sup>er</sup> frottis négatif d'une série de 3 négatifs (si frottis positif au départ), sinon date de la 14<sup>e</sup> journée de traitement</p>		
<p>Signature de l'infirmière qui effectue l'entrevue : _____ Date : ____/____/____ <small>AAAA/MM/JJ</small></p>		





# TB active

## Identification des contacts d'un cas de TB active

### Période de contagiosité

—> Fin de la période de contagiosité :

- ◆ Frottis négatifs: 14 jours après le début du traitement
- ◆ Frottis positifs: après une série de 3 frottis négatifs

Si isolement à l'hôpital, la fin de la période de contagiosité peut être considérée le 1<sup>er</sup> jour d'hospitalisation.

Selon les Normes canadiennes pour la lutte antituberculeuse, 7eme édition



# TB active

## Identification des contacts d'un cas de TB active - page 3

- ◆ Tout au long de l'entrevue: porter une attention particulière aux personnes vulnérables de l'entourage du patient (< 5 ans ou immunosupprimées)

### 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 <sup>1</sup>	Chambre <sup>2</sup> (O / N)	Cannabis <sup>3</sup> (O / N)	Symptômes <sup>4</sup> (O / N)
1.									
2.									
3.									
4.									
5.									
6.									
7.									
8.									
9.									
10.									
11.									

- ◆ Permet de cibler rapidement les enfants <5 ans. des indications précieuses sur les cas à hauts risques de risque.

Légende :

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

# TB active

## Identification des contacts d'un cas de TB active - page 4



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



Centre de Santé et Services Sociaux Inuitsivik  
Inuitsivik Health & Social Services Centre

Puvimittuq, Québec J0M 1P0  
T 819 988-2957 / F 819 988-2796



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

### IDENTIFICATION DES CONTACTS D'UN CAS DE TB ACTIVE

### IDENTIFICATION

EMBOSSER ICI LA CARTE DU CSI ou CSTU  
SI NON DISPONIBLE, INSCRIRE LES  
PRENOM, NOM, DATE DE NAISSANCE ET  
NO. DOSSIER

### 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 <sup>1</sup>	Fréquence et durée <sup>2</sup>	Dormi <sup>3</sup> (O / N)	Cannabis <sup>4</sup> (O / N)	Symptômes <sup>5</sup> (O / N)
12.									
13.									
14.									
15.									
16.									
17.									
18.									
19.									
20.									
21.									

Indispensable pour :

◆ de  
Indispensable pour :  
◆ prioriser les investigations

Légende :

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

# TB active

## Identification des contacts d'un cas de TB active - page 5



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



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

### IDENTIFICATION DES CONTACTS D'UN CAS DE TB ACTIVE

### IDENTIFICATION

EMBOSSER ICI LA CARTE DU CSI ou CSTU  
SI NON DISPONIBLE, INSCRIRE LES  
PRENOM, NOM, DATE DE NAISSANCE ET  
NO. DOSSIER

### 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 <sup>1</sup>	Fréquence et durée <sup>2</sup>	Dormi <sup>3</sup> (O / N)	Cannabis <sup>4</sup> (O / N)	Symptômes <sup>5</sup> (O / N)
22.									
23.									
24.									
25.									
26.									
27.									
28.									
29.									
30.									
31.									
32.									

Légende :

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

# TB active

## Identification des contacts d'un cas de TB active - page 6

IDENTIFICATION  
D'UN CAS

**MAISONNÉE**

Durant la période  
Liste des maisons

CSI ou CSTU  
PRE LES  
SSANCE ET

No de maison	Nom	dossier	naissance	Age	(m / f)	l'usager <sup>1</sup>	et durée <sup>2</sup>	(O / N)	bis <sup>4</sup>	Symptômes <sup>5</sup> (O / N)
33.										
34.										
35.										
36.										
37.										
38.										
39.										
40.										
41.										
42.										

Utiliser une carte imprimée du village afin d'aider l'utilisateur à situer des lieux de rencontres (disponible sur le site web de l'Administration Régionale Kativik (ARK) dans la section Nunivaat).


Légende :

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




# TB active


## Identification des contacts d'un cas de TB active - page 8



REGIE REGIONALE DE LA NUNAVIK REGIONAL  
SANTÉ ET DES SERVICES BOARD OF HEALTH  
SOCIAUX DU NUNAVIK AND SOCIAL SERVICES



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



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

IDENTIFICATION

EMBOSSER ICI LA CARTE DU CSI ou CSTU  
SI NON DISPONIBLE, INSCRIRE LES  
PRENOM, NOM, DATE DE NAISSANCE ET  
NO. DOSSIER

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 <sup>1</sup>	Fréquence et durée <sup>2</sup>	Symptômes <sup>3</sup> (O / N)
53.							
54.							
55.							
56.							
57.							
58.							
59.							
60.							
61.							

Légende :


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

◆ Permet de calculer la date de fin de période fenêtre




# TB active


## Identification des contacts d'un cas de TB active - page 9



REGIE REGIONALE DE LA NUNAVIK REGIONAL  
SANTÉ ET DES SERVICES BOARD OF HEALTH  
SOCIAUX DU NUNAVIK 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



Uingava Tulattavik Health Center  
Centre de Santé Tulattavik de l'Uingava

**IDENTIFICATION DES CONTACTS  
D'UN CAS DE TB ACTIVE**

IDENTIFICATION

EMBOSSER ICI LA CARTE DU CSI ou CSTU  
SI NON DISPONIBLE, INSCRIRE LES  
PRENOM, NOM, DATE DE NAISSANCE ET  
NO. DOSSIER

**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 la garderie : \_\_\_\_\_ 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 <sup>1</sup>	Fréquence et durée <sup>2</sup>	Cannabis <sup>3</sup> (O / N)	Symptômes <sup>4</sup> (O / N)
62.								
63.								
64.								
65.								
66.								
67.								
68.								
69.								
70.								

Légende :


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

# TB active

## Identification des contacts d'un cas de TB active - page 10




REGIE REGIONALE DE LA NUNAVIK REGIONAL  
SANTÉ ET DES SERVICES BOARD OF HEALTH  
SOCIAUX DU NUNAVIK AND SOCIAL SERVICES



Inuulitsivik

Centre de Santé et Services Sociaux Inuulitsivik  
Inuulitsivik Health & Social Services Centre  
Puvimutiq, 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**

IDENTIFICATION

EMBOSSER ICI LA CARTE DU CSI ou CSTU  
SI NON DISPONIBLE, INSCRIRE LES  
PRENOM, NOM, DATE DE NAISSANCE ET  
NO. DOSSIER

**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'utilisateur est en contact au travail :


Nom	No Dossier	Date de naissance	Âge	Sexe (m / f)	Lien avec l'utilisateur <sup>1</sup>	Fréquence et durée <sup>2</sup>	Symptômes <sup>3</sup> (O / N)
71.							
72.							
73.							
74.							
75.							
76.							
77.							

Légende :


1. Exemples de lien: directeur, collègue, etc.
2. **Important de bien remplir cette section!** Inscire le nombre de présence par semaine et le nombre habituel d'heures de ces présences
3. Symptômes compatibles avec TB active observés chez le contact, ex. : toux persistante, perte de poids notable, fatigue, etc. ?

# TB active


## Identification des contacts d'un cas de TB active - page 11



**IDENTIFICATION DES CONTACTS  
D'UN CAS DE TB ACTIVE**



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



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

IDENTIFICATION

*EMBOSSER ICI LA CARTE DU CSI ou CSTU  
SI NON DISPONIBLE, INSCRIRE LES  
PRENOM, NOM, DATE DE NAISSANCE ET  
NO. DOSSIER*

**VOYAGE**  Non-applicable

Date de départ AAAA/MM/JJ	Date de retour AAAA/MM/JJ	Lieu d'hébergement	Coordonnées personnes visitées
		Exemples :	
		◆ Dans d'autres villages du Nunavik	
		◆ Au sud	
		◆ Au Nunavut	

# TB active

## Identification des contacts d'un cas de TB active - page 12


 <p><b>IDENTIFICATION DES CONTACTS D'UN CAS DE TB ACTIVE</b></p>	 <p>Centre de Santé et Services Sociaux Inuulitsivik Inuulitsivik Health &amp; Social Services Centre Puvimittuq, Québec J0M 1P0 T 819 988-2957 / F 819 988-2796</p>  <p>ᐅᕐᕐᕐᕐ ᐅᕐᕐᕐᕐ ᐅᕐᕐᕐᕐᕐ UNGAVA TULATTAVIK HEALTH CENTER CENTRE DE SANTÉ TULATTAVIK DE L'UNGAVA</p>	<p>IDENTIFICATION</p> <p>EMBOSSER ICI LA CARTE DU CSI ou CSTU SI NON DISPONIBLE, INSCRIRE LES PRENOM, NOM, DATE DE NAISSANCE ET NO. DOSSIER</p>
<p><b>AUTRES LIEUX</b></p>	<p>Inscrire le lieu fréquenté et le nom des contacts pour chacun des lieux identifiés dans le tableau à la fin du questionnaire<sup>1</sup></p>	
<p>Équipe sportive</p> <p><input type="checkbox"/> Oui <input type="checkbox"/> Non</p>	<p>Nom de l'équipe : _____</p> <p>Lieu de l'activité : _____</p> <p><b>Fréquence et durée de l'activité<sup>2</sup></b> : _____</p> <p>Date de la dernière présence : ____/____/____ (AAAA/MM/JJ)</p>	
<p>Groupe communautaire (ex. : couture, <u>carving</u>, chorale)</p> <p><input type="checkbox"/> Oui <input type="checkbox"/> Non</p>	<p>Type d'activité : _____</p> <p>Lieu de l'activité : _____</p> <p><b>Fréquence et durée de l'activité<sup>2</sup></b> : _____</p> <p>Date de la dernière présence : ____/____/____ (AAAA/MM/JJ)</p>	
<p>Activité de groupe (ex. : camping)</p> <p><input type="checkbox"/> Oui <input type="checkbox"/> Non</p>	<p>Type d'activité : _____</p> <p>Type d'hébergement : _____</p> <p><b>Fréquence et durée des présences<sup>2</sup></b> : _____</p> <p>Date de la dernière présence : ____/____/____ (AAAA/MM/JJ)</p>	

<sup>1</sup> Un même nom peut se retrouver dans plusieurs listes. Il sera d'autant plus à risque d'avoir été infecté.


<sup>2</sup> **Important de bien remplir cette section !** Incrire le nombre de présence par semaine et le nombre habituel d'heures de ces présences

# TB active


## Identification des contacts d'un cas de TB active - page 13



IDENTIFICATION DES CONTACTS  
D'UN CAS DE TB ACTIVE



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



ᐅᖃᐸᐸ ᐅᐸᐸᐸ ᐸᐸᐸᐸᐸᐸᐸᐸ  
LINGAVA TULATTAVIK HEALTH CENTER  
CENTRE DE SANTÉ TULATTAVIK DE L'UNGAVA

IDENTIFICATION

EMBOSSER ICI LA CARTE DU CSI ou CSTU  
SI NON DISPONIBLE, INSCRIRE LES  
PRENOM, NOM, DATE DE NAISSANCE ET  
NO. DOSSIER

**AUTRES LIEUX**

Inscrire le lieu fréquenté et le nom des contacts pour chacun des lieux identifiés dans le tableau à la fin du questionnaire<sup>1</sup>

Autre lieu de rassemblement (ex. : centre communautaire, église)  <input type="checkbox"/> Oui <input type="checkbox"/> Non	Type d'activité : _____ Lieu de rassemblement : _____ <b>Fréquence et durée de l'activité<sup>2</sup>:</b> _____ Date de la dernière présence : ____/____/____ (AAAA/MM/JJ)
Établissement(s) de détention  <input type="checkbox"/> Oui <input type="checkbox"/> Non	Nom : _____ Période de détention : _____ Nom : _____ Période de détention : _____

◆ Suivi sera fait par l'équipe de SP

◆ Un même nom peut se retrouver dans plusieurs listes.

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





























# TB active

## Contrat d'engagement

TB active		
<b>Déclaration MAD0</b>	1 <sup>ère</sup> diffusion	Mise à jour
Déclaration MAD0 		2013-03
Déclaration MAD0 - Version dynamique 		2013-03
<b>Annexe 4</b>		
Annexe 4 		2017-06-07
<b>Identification des contacts d'un cas de TB active</b>		
Procédure - Identification des contacts d'un cas de TB active 		2019-01
Identification des contacts d'un cas de TB active 		2019-11-25
<b>Contrat d'engagement</b>		
Procédure - Contrat d'engagement relatif au traitement obligatoire 		2018-10-09
Contrat d'engagement relatif au traitement obligatoire 		2018-10-09
<b>Isolement à domicile</b>		
Procédure - Isolement à domicile 		2019-12-18
Isolement à domicile 		2019-06-07
<b>Prescriptions de la médication TB active</b>		
--Chez l'adulte--		
Traitement TB active - Phase 1 - Adulte 		2019-11-29
Traitement TB active - Phase 2 - Adulte 		2019-11-29
--Chez l'enfant--		
Traitement TB active - Phase 1 - Enfant 		2019-11-29
Traitement TB active - Phase 2 - Enfant 		2019-11-29
<b>Protocole de suivi TB active</b>		
Protocole de suivi - TB active 		2019-11-25
<b>Enregistrement de la médication TB active</b>		
Procédure - Enregistrement de la médication TB active 		2019-04-09
Enregistrement de la médication TB active - Phase 1 		2019-11-25
Enregistrement de la médication TB active - Phase 2 		2019-11-25
<b>Évaluation clinique mensuelle</b>		
Procédure - Évaluation clinique mensuelle 		2019-02-28
Évaluation clinique mensuelle 		2019-02-28
<b>Issue de traitement</b>		
Issue de traitement 		2018-11
<b>Suivi clinico-radiologique</b>		
Guide de suivi clinico-radiologique 		2019-12-18
Évaluation clinique du suivi clinico-radiologique 		2019-12-18

# TB active

## Contrat d'engagement - procédure

La Tuberculose est une maladie à traitement obligatoire (MATO).

## Objectifs :

- ◆ Informer le patient :
  - ◆ De ses obligations légales de traitement
  - ◆ De ses conditions de suivi thérapeutique
  - ◆ Des conséquences à une mauvaise observance
- ◆ Engager sa responsabilité



Code boîte à outils	DRSP TB / TB ACT- MATO
Titre	TB ACTIVE- INFORMATION SUR LE TRAITEMENT OBLIGATOIRE
Date	2018-10-09

### PROCÉDURE

#### POINT CLÉ

La tuberculose est la seule maladie à traitement obligatoire (MATO) selon la Loi de Santé publique. Une grande vigilance de la part des équipes de soins s'impose afin d'accompagner la personne atteinte de tuberculose tout au long de son suivi thérapeutique.

#### BUT

Informier le patient sous traitement antituberculeux des obligations légales concernant son traitement ainsi que des différentes conditions du suivi thérapeutique qui en découlent.

#### OBJECTIF

Le patient sous traitement antituberculeux s'engage à respecter les différentes étapes de son traitement ainsi que des différentes conditions qui en découlent par la signature du document.


#### RESPONSABILITÉS DE L'ÉQUIPE DE SOINS (infirmière, médecin, agent communautaire)

- Avant la signature du formulaire, informer la personne atteinte de tuberculose (ou le parent ou son représentant légal, si enfant), sur la sévérité de la maladie, les risques de contagiosité pour ses proches, l'efficacité du traitement et finalement l'importance et les bénéfices d'un traitement complet. La collaboration de la personne à se plier aux exigences du traitement n'en sera qu'accrue. Utiliser divers moyens tels que : visites fréquentes, consignes répétées, validation de l'information avec une interprète, pamphlet informatif, etc.
- Au moment de la signature du formulaire, lire le document à la personne atteinte de tuberculose (ou au parent ou représentant légal de l'enfant) avec l'aide d'un interprète au besoin, et s'assurer de la bonne compréhension des éléments contenus dans le document.
- Identifier et lister au besoin les facteurs de risque d'une possible mauvaise observance au suivi thérapeutique, par exemple : aucune participation durant la rencontre, fermeture concernant sa participation, signes d'agressivité ou de passivité, refus de signer le document, etc.
- Proposer des stratégies pour promouvoir l'assiduité/compliance (exemples : obtenir le soutien des proches ou d'une personne significative, identifier des obstacles potentiels à la compliance, ajuster les horaires en fonction des activités quotidiennes).
- Aviser la Direction de santé publique du Nunavik advenant une difficulté qui pourrait compromettre le régime thérapeutique.

# TB active























## Contrat d'engagement

- ◆ MATO
- ◆ Plan de traitement et suivis thérapeutiques
- ◆ Les conséquences légales
- ◆ Possibilité de nommer 3 personnes de son entourage

Présentation BAO TB	Investigations diagnostiques	TB latente	TB active
 <p><b>TUBERCULOSE ACTIVE – INFORMATION ET ENGAGEMENT RELATIF AU TRAITEMENT OBLIGATOIRE</b></p> <p>Veuillez compléter ce formulaire avec l'usager en préparation du congé hospitalier. Conserver l'original au dossier médical.</p>			<p>IDENTIFICATION</p> <p>EMBOSSER ICI LA CARTE DU CSI ou CSTU SI NON DISPONIBLE. INSCRIRE LES PRENOM, NOM, DATE DE NAISSANCE ET NO. DOSSIER</p>
<p>1) Je, _____, (nom), déclare avoir été informé(e) et avoir compris le plan de traitement obligatoire, tel que prescrit par mon médecin traitant, _____ et la Direction de santé publique du Nunavik.</p>			<p>1) J'ai été informé(e) et comprends que si je ne respecte pas le plan de traitement tel que prescrit et décrit aux points 2 à 5, je pourrais, selon la Loi sur la santé publique et par le Directeur de santé publique être assujéti(e) à une ordonnance du tribunal autorisant un agent de police à me trouver et m'obliger de suivre le plan de traitement, y compris de force si nécessaire.</p> <p>2) Si je compte quitter _____, un suivi de traitement doit être organisé avant mon départ. Dans un tel cas, je m'engage à en informer l'infirmière attitrée à la TB au CLSC au moins 2 jours (48 heures) avant mon départ.</p> <p>3) Je comprends aussi qu'il est nécessaire que mes contacts soient évalués en rapport avec la TB. Je m'engage à collaborer avec l'équipe de soins en fournissant notamment les noms et caractéristiques des rencontres avec les personnes avec qui j'ai été en contact dans un milieu restreint au cours de ma période de contagiosité, c'est-à-dire, entre : _____ et _____.</p> <p>4) S'il s'avérait difficile pour moi de me conformer à mon plan de traitement et/ou de suivi, j'autorise, afin d'en faciliter l'exécution, l'équipe de soins à communiquer avec l'une ou l'autre ou les trois personnes identifiées ci-dessous (parents ou amis) :</p> <p>a) _____</p> <p>b) _____</p> <p>c) _____</p>
<p>2) La <b>phase 1</b> de mon traitement consiste en un total de 60 doses de médicaments sur une période de 2 mois. Je recevrai les médicaments QUOTIDIENNEMENT, du lundi au vendredi, entre 9 h et 15 h, au CLSC de _____. Ces médicaments me seront donnés en traitement en observation directe (TOD) par un membre de l'équipe de soins. Je m'engage à prendre les doses de fin de semaine moi-même (auto-administré). (N.B. : Si le présent document est signé après la fin de la phase 1, cochez ici) : <input type="checkbox"/></p> <p>3) La <b>Phase 2</b> de mon traitement durera de <b>2 à 10 mois</b>, tel que prescrit par mon médecin traitant. Généralement, la phase 2 dure 4 mois et je recevrai les médicaments trois fois par semaine (lundi, mercredi et vendredi), entre 9 h et 15 h, au CLSC de _____, en observation directe (TOD) par un membre de l'équipe de soins. (Si d'autres modalités sont convenues avec l'usager, les préciser ici) : _____</p> <p>4) Mon traitement exige des analyses de sang, des analyses d'expectorations et des radiographies pulmonaires de suivi, lesquelles sont toutes nécessaires tel que prescrit par mon médecin traitant et la Direction de santé publique; ces examens peuvent être requis jusqu'à 5 ans après le diagnostic. Je comprends et accepte de les faire et de me rendre aux rendez-vous selon les directives de l'équipe de soins.</p> <p>5) Je comprends que si je manque un rendez-vous pour prise de médicament, un membre de l'équipe de soins tentera de me joindre deux fois avant de procéder à la prochaine étape. (Voir point 6 – Ordonnance du tribunal).</p>			
<p>Signature : _____</p> <p style="text-align: center;">Nom Communauté Date</p> <p>Signature du témoin : _____ (Infirmière)</p> <p>Signature : _____ (Interprète)</p>			<p><input type="checkbox"/> Le présent document m'a été expliqué en français. J'en ai pris connaissance et je l'ai bien compris.</p> <p><input type="checkbox"/> J'ai lu et bien compris le présent document écrit et expliqué en inuktitut (verso)</p>
<p>Remettre une copie à l'usager et acheminer une copie par télécopieur confidentiel à la Direction de santé publique au 1 866-867-8026.</p>			

# TB active


## Nouveau cas

TB active		
<b>Déclaration MAD0</b>	1 <sup>ère</sup> diffusion	Mise à jour
Déclaration MAD0 		2013-03
Déclaration MAD0 – Version dynamique 		2013-03
<b>Annexe 4</b>		
Annexe 4 		2017-06-07
<b>Identification des contacts d'un cas de TB active</b>		
Procédure - Identification des contacts d'un cas de TB active 		2019-01
Identification des contacts d'un cas de TB active 		2019-11-25
<b>Contrat d'engagement</b>		
Procédure - Contrat d'engagement relatif au traitement obligatoire 		2018-10-09
Contrat d'engagement relatif au traitement obligatoire 		2018-10-09
<b>Isolement à domicile</b>		
Procédure – Isolement à domicile 		2019-12-18
Isolement à domicile 		2019-06-07
<b>Prescriptions de la médication TB active</b>		
--Chez l'adulte--		
Traitement TB active – Phase 1 - Adulte 		2019-11-29
Traitement TB active – Phase 2 - Adulte 		2019-11-29
--Chez l'enfant--		
Traitement TB active – Phase 1 - Enfant 		2019-11-29
Traitement TB active – Phase 2 - Enfant 		2019-11-29
<b>Protocole de suivi TB active</b>		
Protocole de suivi – TB active 		2019-11-25
<b>Enregistrement de la médication TB active</b>		
Procédure - Enregistrement de la médication TB active 		2019-04-09
Enregistrement de la médication TB active – Phase 1 		2019-11-25
Enregistrement de la médication TB active – Phase 2 		2019-11-25
<b>Évaluation clinique mensuelle</b>		
Procédure - Évaluation clinique mensuelle 		2019-02-28
Évaluation clinique mensuelle 		2019-02-28
<b>Issue de traitement</b>		
Issue de traitement 		2018-11
<b>Suivi clinico-radiologique</b>		
Guide de suivi clinico-radiologique 		2019-12-18
Évaluation clinique du suivi clinico-radiologique 		2019-12-18

# TB active

## Isolement à domicile - procédure

- ◆ Maintenir la personne dans son milieu de vie
- ◆ Prévenir la transmission par l'observance de certaines contraintes
- ◆ Décision principalement de l'équipe traitante
- ◆ Les équipes de SP sont en soutien
- ◆ Envisageable uniquement chez les patients frottis négatifs et non cavitaires.



<b>Code boîte à outils</b>	DRSP TB / TB ACT – ISOL-DOM
<b>Titre</b>	TB ACTIVE- ISOLEMENT A DOMICILE POUR TUBERCULOSE
<b>Date</b>	2019-12-18

**PROCÉDURE**

**POINTS CLÉS**

La tuberculose est la seule maladie à traitement obligatoire (MATO) selon la Loi de Santé publique. L'isolement à domicile est une approche alternative à l'hospitalisation pour certains cas. Elle vise à maintenir la personne dans son milieu de vie tout en prévenant la transmission, par l'observance de certaines contraintes sur ses activités de vie quotidienne. Une grande vigilance de la part des équipes de soins s'impose afin d'accompagner la personne atteinte de tuberculose durant la période d'isolement à domicile.

Au même titre que l'isolement à domicile doit compter sur une connaissance et une collaboration optimales de la personne atteinte, une même compréhension et collaboration est nécessaire de l'ensemble des membres de la maisonnée.

La décision d'offrir un isolement à domicile dans le cadre de ce protocole et le suivi qui en découle relèvent principalement de l'équipe traitante (médecin traitant et équipe du CLSC). Les équipes de santé publique du centre de santé et de la Régie régionale de santé et des services sociaux du Nunavut sont en soutien à ces décisions.

**BUT**

Informar la personne sous traitement antituberculeux et les membres de sa maisonnée des conditions à respecter lors de la période d'isolement à domicile et des stratégies de gestion de l'isolement.

**OBJECTIF**

La personne sous traitement antituberculeux s'engage à respecter les instructions reçues concernant son isolement à domicile ainsi que les différentes conditions qui en découlent.

**CONDITIONS POUR OFFRIR L'ISOLEMENT À DOMICILE**

La personne doit avoir des frottis négatifs. Ceci inclut les cas à frottis négatifs et cultures négatives (cas probables). Une personne ayant des frottis négatifs au moment du début du traitement pourra donc ne pas nécessiter d'hospitalisation ou se voir offrir un congé de l'hôpital avant deux semaines de traitement, si elle remplit les autres conditions pour l'isolement à domicile. Pour les cas avec frottis négatifs mais avec cavités au rayon X pulmonaire, un potentiel contagieux plus élevé doit être suspecté et un isolement initial en milieu hospitalier devrait être envisagé, en fonction de l'évaluation clinique.

# TB active

## Isolement à domicile - procédure

- ◆ Rester à son domicile
- ◆ Avoir des activités extérieures
- ◆ Pas de nouveaux visiteurs
- ◆ Enfants < 5 ans sous prophylaxie



Si la personne est déjà hospitalisée, l'évaluation initiale doit avoir été complétée à l'hôpital et le traitement doit être débuté et bien toléré. Si la personne est en communauté et qu'il n'y a pas d'indication d'hospitalisation, le traitement peut débuter en communauté, si les ressources pour l'évaluation et la prise en charge sont disponibles.

La personne et les membres de sa maisonnée doivent être en mesure de comprendre et de respecter les conditions d'isolement à domicile pour la personne atteinte :

- Ne pas recevoir de visiteurs
- Ne pas rendre visite à d'autres personnes
- Ne pas aller travailler
- Ne pas aller dans des endroits publics (par exemple, école, centre communautaire, épicerie, église, centre sportif ou de loisir intérieur, etc.)
- Ne pas assister à des événements sociaux comme une fête d'anniversaire, un mariage, un festival de musique, une réunion familiale, un service funéraire, etc.
- Ne pas voyager à l'extérieur de sa communauté
- Idéalement, dormir seul dans sa chambre ; sinon, ne pas partager sa chambre avec de nouvelles personnes
- Porter un masque chirurgical lors des visites essentielles au CLSC (pour la TOD ou autre)

Il ne doit pas y avoir de personnes auparavant non-exposées emménageant dans le domicile de la personne durant sa période d'isolement.

Les contacts domiciliaires doivent être rapidement identifiés, évalués et pris en charge.

S'il y a des personnes vulnérables (enfants de moins de 5 ans ou personnes immunosupprimées) dans le domicile :

- Elles doivent être sous traitement prophylactique (ou sous traitement pour TB active, le cas échéant), au moment du début de l'isolement à domicile et pendant toute la durée de celui-ci.
- Si le traitement prophylactique des personnes vulnérables de la maisonnée ne peut pas être initié immédiatement, l'isolement à domicile peut être offert si ces personnes vulnérables peuvent vivre ailleurs jusqu'à ce que leur traitement prophylactique débute. Cette option peut être envisagée si elle est acceptable pour toutes les personnes impliquées.
- Les personnes vulnérables ou leurs parents/gardiens doivent accepter que la période de prophylaxie fenêtre soit prolongée (voir point sur la prophylaxie fenêtre plus bas).

La personne doit être en mesure de suivre son plan de traitement qui inclut une thérapie sous observation directe (TOD).

Il ne doit pas y avoir d'autres indications d'hospitalisation.

### ACTIVITÉS À L'EXTÉRIEUR

La personne atteinte devrait être encouragée à faire des activités à l'extérieur durant sa période d'isolement à domicile, dans la mesure où son état de santé le lui permet. Elle n'a pas besoin de porter de masque à l'extérieur. Par contre, la personne ne doit pas dormir dans une tente ou une cabine avec des personnes autres que les membres de sa maisonnée.

Les enfants atteints sont aussi encouragés à jouer à l'extérieur. La famille devrait impliquer les adultes significatifs de leur entourage pour éviter que les enfants jouent à l'intérieur chez des amis ou des membres de la famille durant leur période d'isolement à domicile. Il est à noter toutefois que les enfants de moins de 10 ans sont rarement jugés contagieux.

# TB active

## Isolement à domicile - procédure

- ◆ Si patient non compliant à son isolement à domicile, médecin devrait réévaluer. Possibilité d'hospitalisation.



Si la personne est déjà hospitalisée, l'évaluation initiale doit avoir été complétée à l'hôpital et le traitement doit être débuté et bien toléré. Si la personne est en communauté et qu'il n'y a pas d'indication d'hospitalisation, le traitement peut débuter en communauté, si les ressources pour l'évaluation et la prise en charge sont disponibles.

La personne et les membres de sa maisonnée doivent être en mesure de comprendre et de respecter les conditions d'isolement à domicile pour la personne atteinte :

- Ne pas recevoir de visiteurs
- Ne pas rendre visite à d'autres personnes
- Ne pas aller travailler
- Ne pas aller dans des endroits publics (par exemple, école, centre communautaire, épicerie, église, centre sportif ou de loisir intérieur, etc.)
- Ne pas assister à des événements sociaux comme une fête d'anniversaire, un mariage, un festival de musique, une réunion familiale, un service funéraire, etc.
- Ne pas voyager à l'extérieur de sa communauté
- Idéalement, dormir seul dans sa chambre ; sinon, ne pas partager sa chambre avec de nouvelles personnes
- Porter un masque chirurgical lors des visites essentielles au CLSC (pour la TOD ou autre)

Il ne doit pas y avoir de personnes auparavant non-exposées emménageant dans le domicile de la personne durant sa période d'isolement.

Les contacts domiciliaires doivent être rapidement identifiés, évalués et pris en charge.

S'il y a des personnes vulnérables (enfants de moins de 5 ans ou personnes immunosupprimées) dans le domicile :

- Elles doivent être sous traitement prophylactique (ou sous traitement pour TB active, le cas échéant), au moment du début de l'isolement à domicile et pendant toute la durée de celui-ci.
- Si le traitement prophylactique des personnes vulnérables de la maisonnée ne peut pas être initié immédiatement, l'isolement à domicile peut être offert si ces personnes vulnérables peuvent vivre ailleurs jusqu'à ce que leur traitement prophylactique débute. Cette option peut être envisagée si elle est acceptable pour toutes les personnes impliquées.
- Les personnes vulnérables ou leurs parents/gardiens doivent accepter que la période de prophylaxie fenêtre soit prolongée (voir point sur la prophylaxie fenêtre plus bas).

La personne doit être en mesure de suivre son plan de traitement qui inclut une thérapie sous observation directe (TOD).

Il ne doit pas y avoir d'autres indications d'hospitalisation.

### ACTIVITÉS À L'EXTÉRIEUR

La personne atteinte devrait être encouragée à faire des activités à l'extérieur durant sa période d'isolement à domicile, dans la mesure où son état de santé le lui permet. Elle n'a pas besoin de porter de masque à l'extérieur. Par contre, la personne ne doit pas dormir dans une tente ou une cabine avec des personnes autres que les membres de sa maisonnée.

Les enfants atteints sont aussi encouragés à jouer à l'extérieur. La famille devrait impliquer les adultes significatifs de leur entourage pour éviter que les enfants jouent à l'intérieur chez des amis ou des membres de la famille durant leur période d'isolement à domicile. Il est à noter toutefois que les enfants de moins de 10 ans sont rarement jugés contagieux.

# TB active

## Isolement à domicile – informations au patient

### Home Isolation for Tuberculosis (TB)

You have active TB disease of the lungs. You can spread TB germs through the air to other people when you cough, sneeze, talk, laugh or sing.

You are not sick enough to need hospital care but because you are sick and contagious, you need to rest at home and stay away from other people.

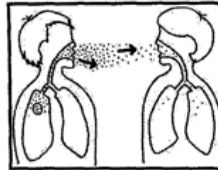
#### Home Isolation

Home isolation is when a person is instructed to stay home because of a contagious disease. Home isolation is very important to stop the spread of TB and protect others. Staying home also gives your body time for the medication to work so that you are no longer infectious.

You can stay home and enjoy your indoor living habits instead of being isolated in a hospital room. The health team relies on you to follow home isolation instructions listed below.

#### Protect your Family, Friends and Community

- Stay at home. Get plenty of rest and eat healthy food.
- Only people who were already living with you when you were diagnosed with TB can live with you while you are infectious. They don't need to worry because they have already been exposed to TB. They will be the first ones to be checked for TB.
- Any children under 5 years old living with you will be checked quickly and given TB preventive medicine until they have their final TB skin test. Their bodies may not be strong enough to fight TB germs yet.
- Sleep alone in your room, if possible. If you cannot have your own bedroom, only people who were already sharing your bedroom when you were diagnosed can continue to do so.
- Open your windows if weather permits. This will help remove TB germs from your home.
- When you cough or sneeze, cover your mouth and nose with a tissue or your sleeve.
- ⊗ No visitors should visit your home and you should not visit other people.
- ⊗ Do not go to work.
- ⊗ Do not go to public places like school, community center, grocery stores, church, indoor sports or hobby facilities, etc.
- ⊗ Do not attend social events like birthday party, wedding, music festival, family reunion, funeral service, etc.
- ⊗ Do not travel outside of your community.
- ⊗ Avoid drinking alcohol while on medication and avoid cannabis and smoke while healing your lungs.



#### Tips for Home Isolation

- Do stay in touch with family and friends - use the phone or computer to talk with people. This can help a lot with loneliness.
- Do keep the same habits at home as before like eating and watching television with family members, etc. No need to be isolated in your room.
- Do wash as usual utensils, plates, clothes and bed linens you use.
- Do ask a family member or friend to get groceries or meals for you.
- Do go outside for short walks or rides if you feel strong enough. Many people feel better when they go outside for a short time. When you are outside, you do not need to wear a mask, but avoid close contact with other people (approximately 1 meter if you have to talk to someone).
- Do go to the clinic every weekday for your medication. It is the only way to heal your body from TB. Use a facemask when you are inside the clinic.

#### Length of Time for Home Isolation

The length of time for home isolation is different for each person. It depends on how you respond to treatment. It may be as short as two weeks or it may be longer. You may be asked to give sputum samples to determine when you are no longer infectious. When your sputum no longer contains the TB germs, your nurse will tell you that you can stop home isolation and go back to your regular activities.

You have read and signed an Information Form explaining your TB treatment.

**Home isolation is part of your treatment plan.**

It is required that you comply to your doctor's order.

If you have difficulties with home isolation, talk to the health team for support.



Adapted from the Toronto Public Health handout dated Dec. 2016



# TB active

## Prescription de la médication

TB active		
<b>Déclaration MADO</b>	1 <sup>ère</sup> diffusion	Mise à jour
Déclaration MADO <a href="#">🔗</a>		2013-03
Déclaration MADO – Version dynamique <a href="#">🔗</a>		2013-03
<b>Annexe 4</b>		
Annexe 4 <a href="#">🔗</a>		2017-06-07
<b>Identification des contacts d'un cas de TB active</b>		
Procédure - Identification des contacts d'un cas de TB active <a href="#">🔗</a>		2019-01
Identification des contacts d'un cas de TB active <a href="#">🔗</a>		2019-11-25
<b>Contrat d'engagement</b>		
Procédure - Contrat d'engagement relatif au traitement obligatoire <a href="#">🔗</a>		2018-10-09
Contrat d'engagement relatif au traitement obligatoire <a href="#">🔗</a>		2018-10-09
<b>Isolement à domicile</b>		
Procédure – Isolement à domicile <a href="#">🔗</a>		2019-12-18
Isolement à domicile <a href="#">🔗</a>		2019-06-07
<b>Prescriptions de la médication TB active</b>		
--Chez l'adulte--		
Traitement TB active – Phase 1 - Adulte <a href="#">🔗</a>		2019-11-29
Traitement TB active – Phase 2 - Adulte <a href="#">🔗</a>		2019-11-29
--Chez l'enfant--		
Traitement TB active – Phase 1 - Enfant <a href="#">🔗</a>		2019-11-29
Traitement TB active – Phase 2 - Enfant <a href="#">🔗</a>		2019-11-29
<b>Protocole de suivi TB active</b>		
Protocole de suivi – TB active <a href="#">🔗</a>		2019-11-25
<b>Enregistrement de la médication TB active</b>		
Procédure - Enregistrement de la médication TB active <a href="#">🔗</a>		2019-04-09
Enregistrement de la médication TB active – Phase 1 <a href="#">🔗</a>		2019-11-25
Enregistrement de la médication TB active – Phase 2 <a href="#">🔗</a>		2019-11-25
<b>Évaluation clinique mensuelle</b>		
Procédure - Évaluation clinique mensuelle <a href="#">🔗</a>		2019-02-28
Évaluation clinique mensuelle <a href="#">🔗</a>		2019-02-28
<b>Issue de traitement</b>		
Issue de traitement <a href="#">🔗</a>		2018-11
<b>Suivi clinico-radiologique</b>		
Guide de suivi clinico-radiologique <a href="#">🔗</a>		2019-12-18
Évaluation clinique du suivi clinico-radiologique <a href="#">🔗</a>		2019-12-18

# TB active

## Prescription de la médication TB active – phase 1

PHASE 1 - ADULTE	PHASE 1 - ENFANT
<b>Programme de Tuberculose</b> <b>Prescription médicale</b> <b>TRAITEMENT TUBERCULOSE ACTIVE</b> <b>Phase initiale - ADULTE</b>	<b>Programme de Tuberculose</b> <b>Prescription médicale</b> <b>TRAITEMENT TUBERCULOSE ACTIVE</b> <b>Phase initiale - ENFANT</b>
<small>EMBOSSER ICI LA CARTE DU CSI ou CSTU  SI NON DISPONIBLE, INSCRIRE LES  PRENOM, NOM, DATE DE NAISSANCE ET  NO. DOSSIER</small>	<small>EMBOSSER ICI LA CARTE DU CSI ou CSTU  SI NON DISPONIBLE, INSCRIRE LES  PRENOM, NOM, DATE DE NAISSANCE ET  NO. DOSSIER</small>
Allergies : <input type="checkbox"/> Nil ou Préciser : _____ <input type="checkbox"/> Grossesse: _____ semaines <input type="checkbox"/> Allaitement	Allergies : <input type="checkbox"/> Nil ou Préciser : _____
<b>R<sub>x</sub></b> <b>ADULTE (15 ans et plus)</b> Date de prescription: ____/____/____ <small>AAAA-MM-JJ</small>	Poids: ____ kg
<b>PHASE INITIALE * (PHASE 1)</b> 1) Isoniazide (INH) 5 mg/kg (max. : 300 mg), soit : _____ mg PO die x 60 doses 2) Rifampicine (RIF) 10 mg/kg (10-12 mg/kg) (max. : 600 mg), soit : _____ mg PO die x 60 doses 3) <b>Pyrazinamide (PZA) 20-25 mg/kg (max. : 2 g), soit :</b> 4) <b>Ethambutol (EMB) 15-20 mg/kg (max. : 1,6 g), soit :</b> 5) Pyridoxine (vit. B6) 1 mg/kg (max. : 25 mg), soit : _____ 6) _____	<b>À COMPLÉTER PAR LA PHARMACIE :</b> _____ mg PO die x 60 doses _____ mg PO die x 60 doses _____ mg PO die x 60 doses _____ mg PO die x 60 doses _____ mg PO die x 60 doses
* Traitement en thérapie d'observation directe (TOD) 5x/semaine (lun-ven) Les doses omises devront être reprises avant le début de la phase de continuation (phase 2).	* Traitement en thérapie d'observation directe (TOD) 5x/semaine (lun-ven) et auto-administré (AA) 2x/semaine (sam-dim). Les doses omises devront être reprises avant le début de la phase de continuation (phase 2).
Signature du médecin _____ Lettres mouillées _____    Licence # _____	Signature _____ Lettres mouillées _____    Licence # _____
<small>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 pharmacie mentionnée plus bas en est la seule destinataire. La prescription ne sera pas réutilisée ou dupliquée.</small>	<small>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.</small>
<small>Cocher le nom du village d'origine et la pharmacie concernée :</small> Centre de santé Inuulitsivik <input type="checkbox"/> Salluit 819 255-9090 <input type="checkbox"/> Inukjuak 819 254-9090 <input type="checkbox"/> Kangiqsuaq 819 337-9090 <input type="checkbox"/> Ivujivik 819 922-9090 <input type="checkbox"/> Umiujuaq 819 331-9090 <input type="checkbox"/> Kuujuaq 819 964-2905 <input type="checkbox"/> Akuliak 819 496-9090 <input type="checkbox"/> Kuujuaqoak 819 929-9090 <input type="checkbox"/> Aupaluk 819 491-9090 <input type="checkbox"/> Euvimatuq 819 988-9090	<small>Centre de santé Tulattavik de l'Ungava</small> <input type="checkbox"/> Kangiqsuaq 819 337-9090 <input type="checkbox"/> Kangirsuk 819 935-9090 <input type="checkbox"/> Kuujuaq 819 964-2905 <input type="checkbox"/> Quaqtaq 819 492-9090 <input type="checkbox"/> Aupaluk 819 491-9090 <input type="checkbox"/> Kangisuijuaq 819 338-9090 <input type="checkbox"/> Tasujuaq 819 633-9090
<input type="checkbox"/> PHARMACIE INUULITSIVIK, PUVIRNITUQ Tél. : 819 988-2957 #283 /282 Fax : 819 888-2551 Courriel : <a href="mailto:pharmacie_pov@sss.gov.qc.ca">pharmacie_pov@sss.gov.qc.ca</a>	<input type="checkbox"/> PHARMACIE TULATTAVIK, KUJUAQ Tél. : 819 964-2905 # 201/277 Fax : 819 964-0035 Courriel : <a href="mailto:kuujuaq.pharmacy@sss.gov.qc.ca">kuujuaq.pharmacy@sss.gov.qc.ca</a>
<input type="checkbox"/> PHARMACIE VOYER, MONTREAL Tél. : 1 877 428-0408 Télécopieur : 1 877 428-0548 Courriel : <a href="mailto:fpbx022@pharmaprix.ca">fpbx022@pharmaprix.ca</a>	<input type="checkbox"/> PHARMACIE VOYER, MONTREAL Tél. : 1 877 428-0408 Télécopieur : 1 877 428-0548 Courriel : <a href="mailto:fpbx022@pharmaprix.ca">fpbx022@pharmaprix.ca</a>

- ◆ Même antituberculeux
- ◆ Dosages différents

- ◆ TOD die lun-ven
- ◆ AA sam-dim

- ◆ 2 mois (soit 60 doses)

- ◆ Les doses omises devront être reprises avant le début de la phase 2 !

# TB active

## Prescription de la médication TB active – phase 2

### PHASE 2 - ADULTE

### PHASE 2 - ENFANT

<p>Programme de Tuberculose Prescription médicale</p> <p>TRAITEMENT TUBERCULOSE ACTIVE Phase de continuation - ADULTE</p> <p>Allergies : <input type="checkbox"/> Nil ou Préciser : _____</p> <p><input type="checkbox"/> Grossesse: _____ semaines    <input type="checkbox"/> Allaitement</p>		<p>EMBOSSER ICI LA CARTE DU CSI ou CSTU SI NON DISPONIBLE, INSCRIRE LES PRENOM, NOM, DATE DE NAISSANCE ET NO. DOSSIER</p>																								
<p><b>R<sub>x</sub></b> ADULTE (15 ans et plus) Date de prescription: ____/____/____ AAAA-MM-JJ</p>		<p>Poids: ____ kg</p>																								
<p>PHASE DE CONTINUATION* (PHASE 2)</p> <p>1) Isoniazide (INH) 10 mg/kg (max. : 600 mg), soit : _____</p> <p>2) Rifampicine (RIF) 10 mg/kg (10-12 mg/kg) (max. : 600 mg), soit : _____</p> <p>3) Pyridoxine (vit. B6) 2 mg/kg (max. : 50 mg), soit : _____</p> <p>4) _____, soit : _____</p>		<p>Régime standard:</p> <p>◆ TOD 3x/sem</p> <p>◆ Lun-mer-ven</p>																								
<p>* 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 doses) TOD à débuter <u>après la prise des 60 doses</u> de la phase initiale débutée le : ____/____/____ AAAA/MM/JJ</p>		<p>* 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 doses) TOD à débuter <u>après la prise des 60 doses</u> de la phase initiale débutée le : ____/____/____ AAAA/MM/JJ</p>																								
<p>Signature du médecin : _____</p> <p>Lettres mouillées _____</p>		<p>Signature du médecin : _____</p> <p>Licence # _____</p>																								
<p>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 pharmacie mentionnée plus bas en est la seule destinataire. La prescription ne sera pas réutilisée ou dupliquée.</p> <p>Cocher le nom du village d'origine et la pharmacie concernée :</p> <table border="1"> <tr> <th colspan="3">Centre de santé Inuulitsivik</th> </tr> <tr> <td><input type="checkbox"/> Salluit 819 255-9090</td> <td><input type="checkbox"/> Inukjuak 819 254-9090</td> <td><input type="checkbox"/> Kangirsuk 819 935-9090</td> </tr> <tr> <td><input type="checkbox"/> Ivujivik 819 922-9090</td> <td><input type="checkbox"/> Umiujuaq 819 331-9090</td> <td><input type="checkbox"/> Kuujuaq 819 492-9090</td> </tr> <tr> <td><input type="checkbox"/> Akulivik 819 496-9090</td> <td><input type="checkbox"/> Kuujuaqsok 819 929-9090</td> <td><input type="checkbox"/> Aupaluk 819 633-9090</td> </tr> <tr> <td><input type="checkbox"/> Euvimajuq 819 988-9090</td> <td></td> <td></td> </tr> </table>		Centre de santé Inuulitsivik			<input type="checkbox"/> Salluit 819 255-9090	<input type="checkbox"/> Inukjuak 819 254-9090	<input type="checkbox"/> Kangirsuk 819 935-9090	<input type="checkbox"/> Ivujivik 819 922-9090	<input type="checkbox"/> Umiujuaq 819 331-9090	<input type="checkbox"/> Kuujuaq 819 492-9090	<input type="checkbox"/> Akulivik 819 496-9090	<input type="checkbox"/> Kuujuaqsok 819 929-9090	<input type="checkbox"/> Aupaluk 819 633-9090	<input type="checkbox"/> Euvimajuq 819 988-9090			<p>Centre de santé Tulattavik de l'Ungava</p> <table border="1"> <tr> <td><input type="checkbox"/> Kangiqsuajuaq 819 337-9090</td> <td><input type="checkbox"/> Kangirsuk 819 935-9090</td> </tr> <tr> <td><input type="checkbox"/> Kuujuaq 819 964-2905</td> <td><input type="checkbox"/> Quaqtaq 819 492-9090</td> </tr> <tr> <td><input type="checkbox"/> Aupaluk 819 491-9090</td> <td><input type="checkbox"/> Kangiqsuajuaq 819 338-9090</td> </tr> <tr> <td></td> <td><input type="checkbox"/> Tasujuaq 819 633-9090</td> </tr> </table>		<input type="checkbox"/> Kangiqsuajuaq 819 337-9090	<input type="checkbox"/> Kangirsuk 819 935-9090	<input type="checkbox"/> Kuujuaq 819 964-2905	<input type="checkbox"/> Quaqtaq 819 492-9090	<input type="checkbox"/> Aupaluk 819 491-9090	<input type="checkbox"/> Kangiqsuajuaq 819 338-9090		<input type="checkbox"/> Tasujuaq 819 633-9090
Centre de santé Inuulitsivik																										
<input type="checkbox"/> Salluit 819 255-9090	<input type="checkbox"/> Inukjuak 819 254-9090	<input type="checkbox"/> Kangirsuk 819 935-9090																								
<input type="checkbox"/> Ivujivik 819 922-9090	<input type="checkbox"/> Umiujuaq 819 331-9090	<input type="checkbox"/> Kuujuaq 819 492-9090																								
<input type="checkbox"/> Akulivik 819 496-9090	<input type="checkbox"/> Kuujuaqsok 819 929-9090	<input type="checkbox"/> Aupaluk 819 633-9090																								
<input type="checkbox"/> Euvimajuq 819 988-9090																										
<input type="checkbox"/> Kangiqsuajuaq 819 337-9090	<input type="checkbox"/> Kangirsuk 819 935-9090																									
<input type="checkbox"/> Kuujuaq 819 964-2905	<input type="checkbox"/> Quaqtaq 819 492-9090																									
<input type="checkbox"/> Aupaluk 819 491-9090	<input type="checkbox"/> Kangiqsuajuaq 819 338-9090																									
	<input type="checkbox"/> Tasujuaq 819 633-9090																									
<p>PHARMACIE INUULITSIVIK, PUVIRNITUQ Tél. : 819 988-2857 #283 /202 Fax : 819 988-2551 Courriel : <a href="mailto:pharmacie_pov@sss.gouv.qc.ca">pharmacie_pov@sss.gouv.qc.ca</a></p> <p>PHARMACIE VOYER, MONTREAL Tél. : 1 877 428-0406 Télécopieur : 1 877 428-0546 Courriel : <a href="mailto:fpbx022@pharmaprix.ca">fpbx022@pharmaprix.ca</a></p>		<p>PHARMACIE TULATTAVIK, KUJUAQ Tél. : 819 984-2905 # 201/277 Fax : 819 984-0035 Courriel : <a href="mailto:kuujuaq_pharmacy@sss.gouv.qc.ca">kuujuaq_pharmacy@sss.gouv.qc.ca</a></p> <p>PHARMACIE VOYER, MONTREAL Tél. : 1 877 428-0406 Télécopieur : 1 877 428-0546 Courriel : <a href="mailto:fpbx022@pharmaprix.ca">fpbx022@pharmaprix.ca</a></p>																								

# TB active

## Prescription de la médication TB active – phase 2

- ◆ En cas de dose manquée:

LUN	MAR	MER	JEU	VEN	SAM	DIM
✓		✓		✓		
LUN	MAR	MER	JEU	VEN	SAM	DIM
	✓					

# TB active

## Prescription de la médication TB active – phase 2

- ◆ En cas de dose manquée:

LUN	MAR	MER	JEU	VEN	SAM	DIM
✓		✓		✓		
LUN	MAR	MER	JEU	VEN	SAM	DIM
	✓	✓		✓		



# TB active

## Prescription de la médication TB active – phase 2

- ◆ En cas de dose manquée:

LUN	MAR	MER	JEU	VEN	SAM	DIM
✓		✓		✓		
LUN	MAR	MER	JEU	VEN	SAM	DIM
✓			✓	✓		

# TB active

## Prescription de la médication TB active – phase 2

- ◆ En cas de dose manquée:

LUN	MAR	MER	JEU	VEN	SAM	DIM
✓		✓		✓		
LUN	MAR	MER	JEU	VEN	SAM	DIM
✓		✓		☹		

- ◆ Doit rester exceptionnel !
- ◆ Si situation fréquente, surveiller fonction hépatique ++ et/ou considérer un retour à un régime die.



# TB active

## Nouveau cas


TB active		
<b>Déclaration MAD0</b>	1 <sup>ère</sup> diffusion	Mise à jour
Déclaration MAD0 <a href="#">🔗</a>		2013-03
Déclaration MAD0 – Version dynamique <a href="#">🔗</a>		2013-03
<b>Annexe 4</b>		
Annexe 4 <a href="#">🔗</a>		2017-06-07
<b>Identification des contacts d'un cas de TB active</b>		
Procédure - Identification des contacts d'un cas de TB active <a href="#">🔗</a>		2019-01
Identification des contacts d'un cas de TB active <a href="#">🔗</a>		2019-11-25
<b>Contrat d'engagement</b>		
Procédure - Contrat d'engagement relatif au traitement obligatoire <a href="#">🔗</a>		2018-10-09
Contrat d'engagement relatif au traitement obligatoire <a href="#">🔗</a>		2018-10-09
<b>Isolement à domicile</b>		
Procédure – Isolement à domicile <a href="#">🔗</a>		2019-12-18
Isolement à domicile <a href="#">🔗</a>		2019-06-07
<b>Prescriptions de la médication TB active</b>		
--Chez l'adulte--		
Traitement TB active – Phase 1 - Adulte <a href="#">🔗</a>		2019-11-29
Traitement TB active – Phase 2 - Adulte <a href="#">🔗</a>		2019-11-29
--Chez l'enfant--		
Traitement TB active – Phase 1 - Enfant <a href="#">🔗</a>		2019-11-29
Traitement TB active – Phase 2 - Enfant <a href="#">🔗</a>		2019-11-29
<b>Protocole de suivi TB active</b>		
Protocole de suivi – TB active <a href="#">🔗</a>		2019-11-25
<b>Enregistrement de la médication TB active</b>		
Procédure - Enregistrement de la médication TB active <a href="#">🔗</a>		2019-04-09
Enregistrement de la médication TB active – Phase 1 <a href="#">🔗</a>		2019-11-25
Enregistrement de la médication TB active – Phase 2 <a href="#">🔗</a>		2019-11-25
<b>Évaluation clinique mensuelle</b>		
Procédure - Évaluation clinique mensuelle <a href="#">🔗</a>		2019-02-28
Évaluation clinique mensuelle <a href="#">🔗</a>		2019-02-28
<b>Issue de traitement</b>		
Issue de traitement <a href="#">🔗</a>		2018-11
<b>Suivi clinico-radiologique</b>		
Guide de suivi clinico-radiologique <a href="#">🔗</a>		2019-12-18
Évaluation clinique du suivi clinico-radiologique <a href="#">🔗</a>		2019-12-18

# TB active

## Protocole de suivi – p.1

### Objectifs :

- ◆ Obtenir une **guérison permanente**;
- ◆ Éviter l'apparition d'une **résistance médicamenteuse**;
- ◆ Arrêter la **transmission**;
- ◆ Détecter précocement les événements indésirables;
- ◆ Identifier et agir rapidement sur les causes possibles d'échec au traitement.



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

EMBOSSER ICI LA CARTE DV CSI OU CSTU  
SI NON DISPONIBLE, INSCRIRE LES NOM, PRENOM,  
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

**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.

**1. 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.

**Note :** Toujours aviser la Santé publique des nouveaux cas de TB active confirmée ou probable. Il s'agit d'une MADO. Pour toute question qui demeure, contacter le médecin spécialiste : (Adulte) [resp-north@mcgill.ca](mailto:resp-north@mcgill.ca) ou (Pédiatrie) [mchtb@muhc.mcgill.ca](mailto:mchtb@muhc.mcgill.ca) et TOUJOURS mettre la DRSP du Nunavik en copie conforme (cc). Pour toute urgence, contacter le pneumologue de garde au CUSM (514) 934-1934.

**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

# TB active

## Protocole de suivi – p.2



**À L'USAGE DU DÉCLARANT**

DECLARATION D'UNE MALADIE/INFECTION/INTOXICATION À DÉCLARATION OBLIGATOIRE (MADO) SELON LA LOI SUR LA SANTÉ PUBLIQUE

Voir la liste au verso

**Identification de la MADO**

Nom de la MADO: \_\_\_\_\_ Date du début de la MADO: \_\_\_\_\_ Année: \_\_\_\_\_ Mois: \_\_\_\_\_ Jour: \_\_\_\_\_

Prélèvement soumis au laboratoire:  Oui  Non Si oui:

Date	Nom du laboratoire	Date	Nom du laboratoire
Année: _____ Mois: _____ Jour: _____	Année: _____ Mois: _____ Jour: _____	Année: _____ Mois: _____ Jour: _____	Année: _____ Mois: _____ Jour: _____

**Pour une MADO transmissible par le sang, les produits sanguins, les organes ou les tissus: Voir la NOTE au verso**

Ce patient a-t-il donné du sang?  Oui  Non  Ne sais pas

Ce patient a-t-il reçu du sang ou des produits sanguins?  Oui  Non  Ne sais pas

Ce patient a-t-il donné des organes ou des tissus?  Oui  Non  Ne sais pas

Ce patient a-t-il reçu des organes ou des tissus?  Oui  Non  Ne sais pas

**Pour une déclaration d'un cas de syphilis:**

Primaire  Latente (moins de 1 an)  Tertiaire  Autres formes (préciser) \_\_\_\_\_

Secondaire  Latente (plus de 1 an)  Congénitale

**Nom du déclarant** (en lettres majuscules) \_\_\_\_\_ N° de permis \_\_\_\_\_ N° de téléphone \_\_\_\_\_

Adresse (N°, rue) \_\_\_\_\_ Ville \_\_\_\_\_ Code postal \_\_\_\_\_

Signature du déclarant \_\_\_\_\_ Date \_\_\_\_\_ Année: \_\_\_\_\_ Mois: \_\_\_\_\_ Jour: \_\_\_\_\_

Ce formulaire ainsi que les coordonnées pour rejoindre les directions de santé publique de toutes les régions peuvent être trouvés sur le site Internet: [www.mss.gouv.qc.ca](http://www.mss.gouv.qc.ca)

**A TRANSMETTRE AU DIRECTEUR DE SANTÉ PUBLIQUE DE VOTRE TERRITOIRE**

Centre de Santé et Services Sociaux Inuitsvik  
Inuitsvik Health & Social Services Centre  
Pavillions, Québec J0M 1P0  
T 819 988-2187 / F 819 988-2796

ᐃᓕᓕᓐ ᐅᓕᓕᓐ ᐅᓕᓕᓐ ᐅᓕᓕᓐ  
LINGAVA TULATTAVIK HEALTH CENTER  
CENTRE DE SANTÉ TULATTAVIK DE LUNGAVA

**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
Pré-traitement Temps 0  AA/ MM/ JJ	MD	<input checked="" type="checkbox"/> Indiquer résultat du dernier TCT : _____ mm. Date : ____/____/____ <input checked="" type="checkbox"/> Compléter le formulaire de déclaration MADO et transmettre à la DRSP <b>DETECT TB-DÉCLAR-MADO ASS-70</b> <input checked="" type="checkbox"/> Prescrire type d'isolement respiratoire : <ul style="list-style-type: none"> <li>○ 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) <b>OU</b></li> <li>○ Hospitalisation en isolement respiratoire : transfert selon le protocole « Guide de triage par Genexpert ».</li> </ul> <input checked="" type="checkbox"/> Prescrire : <ul style="list-style-type: none"> <li>○ Recherche de BK par expectoration provoquée, sauf si contre-indiqué : GeneXpert (PCR) X1 et BK X 3</li> <li>○ FSC, bilan hépatique, Créat., Hep BsAg, anti-HCV, _____</li> <li>○ VIH<sup>2</sup> (consentement verbal)</li> <li>○ Syphilis<sup>3</sup></li> <li>○ BHCG sanguin PRN</li> <li>○ Examen ophtalmique au temps 0, 1 et 2 mois et si Ethambutol &gt; 2 mois.</li> </ul>	Signature  AA/ MM/ JJ
		Inf.	<input type="checkbox"/> S'assurer que les mesures de protection individuelle /d'isolement sont en place <input type="checkbox"/> Si hospitalisation, procéder aux mesures de transfert aérien vers le centre hospitalier concerné selon les recommandations médicales <input type="checkbox"/> Si isolement à domicile pour 14 jours <b>TB ACT/ISOL-DOM</b> <input type="checkbox"/> Enseignement à la clientèle. Dépliants : <b>TB ACT/FICHE PT-4THÉRAPIE, TB ACT/FICHE PT-INFO-TB-AC</b> <input type="checkbox"/> Vérifier si contacts à priorité élevée dans son entourage <b>TB ACT-IDENT-CONTACTS</b> <input type="checkbox"/> Effectuer prélèvements tel que prescrits plus haut par MD <input type="checkbox"/> Examen ophtalmique incluant : <ul style="list-style-type: none"> <li>○ Test de l'acuité visuelle : Échelle de Snellen (pas chez le nourrisson)*</li> <li>○ Test de la perception des couleurs : Test d'Ishihara*</li> </ul> *Inscrire au formulaire <b>TB ACT/ITL- EVAL CLIN MENS</b>

Signature du MD : \_\_\_\_\_ N° permis : \_\_\_\_\_ Date : \_\_\_\_/\_\_\_\_/\_\_\_\_  
AAAA / MM / JJ

<sup>1</sup> Condition: Hospitalisation recommandée pour tous les cas de TB pulmonaire à frottis + ou avec lésion(s) cavitaire(s)  
<sup>2</sup> Le VIH est le facteur de risque le plus important associé à la progression de la maladie.  
<sup>3</sup> Offrir dépistage de la syphilis chez les 14 ans et plus dû à l'épidémiologie de la région. Référer les résultats pour suivi équipe ITSS.

# TB active

## Protocole de suivi – p.2

### Home Isolation for Tuberculosis (TB)



- ⊗ Do not go to work.
- ⊗ Do not go to public places like school, community center, grocery stores, church, indoor sports or hobby facilities, etc.
- ⊗ Do not attend social events like birthday party, wedding, music festival, family reunion, funeral service, etc.
- ⊗ Do not travel outside of your community.
- ⊗ Avoid drinking alcohol while on medication and avoid cannabis and smoke while healing your lungs.

Centre de Santé et Services Sociaux Inuitivik  
Inuitivik Health & Social Services Centre  
Pavillon, Québec J0M 1P0  
T 819 908-2957 / F 819 908-2790

ᐃᑭᑦ ᑭᑦᑭᑦ ᑭᑦᑭᑦ ᑭᑦᑭᑦ  
LINGAVA TULATTAVIK HEALTH CENTER  
CENTRE DE SANTÉ TULATTAVIK DE L'UNGAVA

### 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
Pré-traitement Temps 0  AA/ MM/ JJ	MD	<input type="checkbox"/> Indiquer résultat du dernier TCT : _____ mm. Date : ____/____/____ <input type="checkbox"/> Compléter le formulaire de déclaration MADO et transmettre à la DRSP <b>DÉTECT TB-DÉCLAR-MADO ASS-70</b> <input type="checkbox"/> 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 <sup>1</sup> ) <b>OU</b> ○ Hospitalisation en isolement respiratoire : transfert selon le protocole « Guide de triage par Genexpert ». <input type="checkbox"/> Prescrire : ○ Recherche de BK par expectoration provoquée, sauf si contre-indiqué : GeneXpert (PCR) X1 et BK X 3 ○ FSC, bilan hépatique, Créat., Hep BsAg, anti-HCV, _____ ○ VIH <sup>2</sup> (consentement verbal) ○ Syphilis <sup>3</sup> ○ BHCG sanguin PRN ○ Examen ophtalmique au temps 0, 1 et 2 mois et si Ethambutol > 2 mois.	Signature  AA/ MM/ JJ
	Inf.	✓ S'assurer que les mesures de protection individuelle /d'isolement sont en place ✓ Si hospitalisation, procéder aux mesures de transfert aérien vers le centre hospitalier concerné selon les recommandations médicales ✓ Si isolement à domicile pour 14 jours <b>TB ACT/SOL-DOM</b> ✓ Enseignement à la clientèle. Dépliants : <b>TB ACT/FICHE PT-4THÉRAPIE, TB ACT/FICHE PT-INFO-TB-AC</b> ✓ Vérifier si contacts à priorité élevée dans son entourage <b>TB ACT-IDENT-CONTACTS</b> ✓ Effectuer prélèvements tel que prescrits 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 <b>TB ACT/TL-EVAL CLIN MENS</b>	Signature  AA/ MM/ JJ

Signature du MD : \_\_\_\_\_ N° permis : \_\_\_\_\_ Date : \_\_\_\_/\_\_\_\_/\_\_\_\_  
AAAA / MM / JJ

<sup>1</sup> Condition: Hospitalisation recommandée pour tous les cas de TB pulmonaire à frottis + ou avec lésion(s) cavitaire(s)  
<sup>2</sup> Le VIH est le facteur de risque le plus important associé à la progression de la maladie.  
<sup>3</sup> Offrir dépistage de la syphilis chez les 14 ans et plus dû à l'épidémiologie de la région. Référer les résultats pour suivi équipe ITSS.



# TB active

## Protocole de suivi – p.3

### ANNEXE 4 Questionnaire d'enquête de tuberculose

N° de dossier MADO : \_\_\_\_\_

Nom : \_\_\_\_\_ Prénom : \_\_\_\_\_

Sexe :  F  M Âge : \_\_\_\_\_ DDN: (aa) (mm) (jj)

Centre de Santé et Services Sociaux Inuits/Inuit Health & Social Services Centre

IDENTIFICATION

**PARLONS DE LA TUBERCULOSE (TB)**  
Une ressource éducative

Signature de l'infirmière qui effectue l'entrevue : \_\_\_\_\_ Date : \_\_\_\_/\_\_\_\_/\_\_\_\_

Cas extrapulmonaires (au moment du diagnostic)

Adresse : \_\_\_\_\_

No Type de rue Rue Direction App. Municipalité Code postal

Raison pour donner une seconde adresse :  
 Chalet  Maison d'amis  Maison du conjoint  Maison d'un parent  Autre:

N. B. : Les sections en gris pâle sont les informations nécessaires pour le fichier central des MADO et les formulaires de l'ASPC.  
 Les sections en gris plus pâle sont les informations nécessaires pour les formulaires de l'ASPC.

Remettre une copie à l'utilisateur et acheminer une copie par télécopieur confidentiel à la Direction de santé publique au 1 866-867-8026.

Centre de Santé et Services Sociaux Inuits/Inuit Health & Social Services Centre  
 Nunavut, Québec, J0N 1Y0  
 T 819 968-2057 / F 819 968-2706

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

**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
Hospitalisation Ou Isolement à domicile	MD	<input type="checkbox"/> Vérifier si : 1. TB active antérieure : <input type="checkbox"/> Oui <input type="checkbox"/> Non 2. Hépatite secondaire à antituberculeux antérieure : <input type="checkbox"/> Oui <input type="checkbox"/> Non <input type="checkbox"/> <b>SI OUI</b> , (1 ou 2) consulter <a href="mailto:resp-north@mcgill.ca">resp-north@mcgill.ca</a> (adulte) ou <a href="mailto:mcchtb@muhc.mcgill.ca">mcchtb@muhc.mcgill.ca</a> (enfant) <input type="checkbox"/> <b>SI NON</b> , (1 et 2) débiter trithérapie ou quadrithérapie, phase initiale <b>TB ACT-PRESC-MÉD-Adulte-Phase 1</b> ou <b>CAS TB-PRESC-MÉD-Enfant-Phase 1</b> <input type="checkbox"/> Prescrire RXP fin du 2e mois et 5e mois de traitement <input type="checkbox"/> Vérifier avec pharmacien si interactions médicamenteuses (ex. : Dilantin) <input type="checkbox"/> Counseling contraception si contraceptifs oraux → Privilégier Dépo-Provera, Mirena ou condom	Signature AA/ MM/ JJ
	Inf.	<input checked="" type="checkbox"/> S'assurer de la conformité et du respect des mesures de PCI incluant les mesures d'isolement <input checked="" type="checkbox"/> Vérifier si BK X 3 complétés avant début de traitement <input checked="" type="checkbox"/> Cas à <b>frottis positif</b> , faire BK x 3 Q semaine ad négatif x 3 consécutifs (peuvent être faits la même semaine après le premier négatif) <input checked="" type="checkbox"/> Enseignement à la clientèle (maladie, plan de traitement, effets secondaires et suivis requis) <input checked="" type="checkbox"/> Faire signer le document <b>TB ACTIVE- INFORMATION SUR LE TRAITEMENT OBLIGATOIRE TB ACT-MATO</b> <input checked="" type="checkbox"/> Compléter le questionnaire d'enquête épidémiologique : <b>TB ACT_ANNEXE 4</b> <input checked="" type="checkbox"/> Débiter le questionnaire Identification des contacts d'un cas de TB active <b>TB ACT_IDENT-CONTACTS</b>	Signature AA/ MM/ JJ
Si hospitalisation	MD	<input type="checkbox"/> Déterminer le congé d'hôpital avec la santé publique et/ou spécialiste selon les instructions suivantes : <input type="checkbox"/> Si PCR GeneXpert positif ET frottis de départ positif(s) : 3 frottis prélevés <b>Q semaine</b> et congé après 14 jours de traitement une fois que 3 frottis consécutifs négatifs <input type="checkbox"/> Si PCR GeneXpert positif/négatif ET 3 frottis de départ négatifs : o Congé après 14 jours de traitement complété <b>OU</b> o Congé précoce, mais isolement à domicile jusqu'à concurrence d'un traitement die X 14 jours <b>dûment complété</b> (basé sur évaluation médicale, conditions environnementales appropriées et consultation avec la santé publique <sup>4</sup> ) <input type="checkbox"/> 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 : \_\_\_\_\_ N° permis : \_\_\_\_\_ Date : \_\_\_\_/\_\_\_\_/\_\_\_\_  
 AAAA / MM / JJ

<sup>4</sup> Condition : Hospitalisation recommandée pour tous les cas de TB active à frottis positif et/ou avec lésion(s) cavitaire(s)



# TB active

## Protocole de suivi – p.4



IDENTIFICATION

Programme de Tuberculose  
Prescription médicale



IDENTIFICATION



**Canada**

Date du 1<sup>er</sup> frottis négatif d'une série de 3 négatifs (si frottis positif au départ), sinon date de la 14<sup>e</sup> journée de traitement

Signature de l'infirmière qui effectue l'entrevue : \_\_\_\_\_ Date : \_\_\_\_/\_\_\_\_/\_\_\_\_

TÉLÉPHONE VOYER MONTREAL  
Fax : 819 888-2551  
Courriel : [pharmacie\\_voyer@csss.gouv.qc.ca](mailto:pharmacie_voyer@csss.gouv.qc.ca)

PHARMACIE TULATTAVIK, KUULJUUAQ  
Tél. : 819 684-2905 # 201/277  
Fax : 819 984-0335  
Courriel : [tulattavik.pharmacy@csss.gouv.qc.ca](mailto:tulattavik.pharmacy@csss.gouv.qc.ca)

PHARMACIE VOYER, MONTREAL  
Tél. : 1 877 426-0496  
Télécopieur : 1 877 426-0546  
Courriel : [spbs022@pharmaprix.ca](mailto:spbs022@pharmaprix.ca)



### 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 INC OR UTHC  
IF NOT AVAILABLE, WRITE THE NAME, SURNAME,  
DATE OF BIRTH AND FILE NUMBER

Temps	Suivi	Interventions et Investigations	Date et signature
Retour dans la communauté ____/____/____ AA/ MM/ JJ	MD/Inf. du village	<input checked="" type="checkbox"/> S'assurer du transfert du dossier au village <input checked="" type="checkbox"/> S'assurer que la pharmacie reçoive la prescription pour les phases 1 et 2 du traitement <input checked="" type="checkbox"/> Planifier les différentes dates de suivis infirmier et médical prévues dans la présente ordonnance <input checked="" type="checkbox"/> Organiser la TOD en partenariat avec les travailleurs locaux de la santé – Tenir compte des doses reçues lors de l'hospitalisation. <b>TB ACT-ENREG-MED-Phase 1</b> <input checked="" type="checkbox"/> Enseignement à la clientèle du plan de traitement. Si non fait, lecture et signature du document <b>Tb Active- Information Sur Le Traitement Obligatoire TB ACT-MATO</b> <input checked="" type="checkbox"/> Réviser et compléter avec le patient le questionnaire <u>Identification des contacts d'un cas de TB active</u> <b>TB ACT_IDENT-CONTACTS</b>	Signature MD    Signature AA/ MM/ JJ
Fin du 1 <sup>er</sup> mois de Tx ____/____/____ AA/ MM/ JJ	Inf.	<input type="checkbox"/> <b>Suivi mensuel régulier</b> : Si anormal, aviser le médecin a. Suivi de la médication et soutien au client <b>TB ACT-ENREG-MED-Phase 1</b> b. Évaluation clinique mensuelle <b>TB ACT-EVAL-CLIN-MENS</b> c. Sur prescription médicale, bilan hépatique, Créat., FSC (adulte et enfant)	Signature AA/ MM/ JJ
Fin du 2 <sup>e</sup> mois de Tx ____/____/____ AA/ MM/ JJ	MD	<b>Enfants et adultes avec TB probable (non confirmée par laboratoire) :</b> <input type="checkbox"/> Diagnostic de TB probable maintenu d'emblée (poursuivre traitement), puis : <input type="checkbox"/> Discuter si le diagnostic de TB active est maintenu ou révoqué avec le spécialiste <a href="mailto:resp-north@mcgill.ca">resp-north@mcgill.ca</a> (adulte) ou <a href="mailto:mchtb@muhc.mcgill.ca">mchtb@muhc.mcgill.ca</a> (enfant). Au préalable : <input type="checkbox"/> Vérifier tous les résultats de TB bactériol ad ce jour (GeneXpert, frottis, cultures) <input type="checkbox"/> Vérifier réponse clinique <input type="checkbox"/> Vérifier résultat RXP 2 <sup>e</sup> mois <input type="checkbox"/> Vérifier l'observance à la médication <input type="checkbox"/> Chez l'enfant de > 6 mois, discuter de la pertinence de répéter TCT avec le médecin de santé publique. <input type="checkbox"/> Si le diagnostic de TB probable est maintenu et que la souche du cas source présumé est sensible à tout <input type="checkbox"/> Cesser EMB (si patient sous EMB)	Signature AA/ MM/ JJ

Signature du MD : \_\_\_\_\_ N° permis : \_\_\_\_\_ Date : \_\_\_\_/\_\_\_\_/\_\_\_\_  
AAAA / MM / JJ



# TB active

## Protocole de suivi – p.4

**ENREGISTREMENT DE LA MÉDICATION – TB ACTIVE**  
**PHASE INITIALE (PHASE 1) = Durée de 2 mois**

Date du début de la phase initiale: \_\_\_\_\_ Date de fin de la phase initiale: \_\_\_\_\_  
 Thérapie sous observation directe (TOD) 5 fois semaine et auto-administré (AA) 2 fois semaine

**IDENTIFICATION**  
 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 INC OR UTHC.  
 IF NOT AVAILABLE, WRITE THE NAME, SURNAME,  
 DATE OF BIRTH AND FILE NUMBER.

Durée du traitement prescrit et nombre de doses à donner  
 = 2 mois = 60 doses

Inscrire le mois / Inscrive 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
Isoniazide (INH)																																		
Rifampicine (RIF)																																		
Pyrazinamide (PZA)																																		
Ethambutol (EMB)																																		
Vitamine B <sub>6</sub>																																		

Autre, préciser: \_\_\_\_\_  
 Nombre de doses\* observées: \_\_\_\_\_

\* Si hospitalisation ou non, inscrire la date de la première dose prise ou la date reconnue comme étant le début du traitement optimal, si différent.  
 † Incrire la date qui correspond à la prise de la 60<sup>e</sup> dose.  
 ‡ Si hospitalisation, indiquer les doses prises durant l'hospitalisation dans le décompte cumulé du nombre de doses.  
 †† Incrire une initiale dans chacune des cases où les médicaments sont administrés en TOD: 5 jours par semaine du lundi au vendredi.  
 ††† Incrire AA dans les cases où les médicaments sont auto-administrés, les fins de semaines ou lors de situations particulières.  
 †††† Incrire TB dans les cases où la dose prévue n'a pas été prise (TOD non administrée ou AA reconnue omise). NOTE: les doses omises doivent être reprises avant le début de la phase 2.  
 Signature et # permis: \_\_\_\_\_ Initiales: \_\_\_\_\_

**EVALUATION CLINIQUE MENSUELLE TRAITEMENT TB ACTIVE ET ITL**  
 (Voir états nécessaires des principes antituberculeux sur la page 10)

Poids initial: \_\_\_\_\_ kg en date du: \_\_\_\_\_

**IDENTIFICATION**  
 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 INC OR UTHC.  
 IF NOT AVAILABLE, WRITE THE NAME, SURNAME,  
 DATE OF BIRTH AND FILE NUMBER.

	Fin du 1 <sup>er</sup> mois (7 <sup>es</sup> mois)		Fin du 2 <sup>e</sup> mois (8 <sup>es</sup> mois)		Fin du 3 <sup>e</sup> mois (9 <sup>es</sup> mois)		Fin du 4 <sup>e</sup> mois (10 <sup>es</sup> mois)		Fin du 5 <sup>e</sup> mois ou (11 <sup>es</sup> mois)		Fin du 6 <sup>e</sup> mois ou (12 <sup>es</sup> mois)	
	Non	Oui	Non	Oui	Non	Oui	Non	Oui	Non	Oui	Non	Oui
<b>Hépatotoxicité*</b>												
Modification de l'état général												
Inconfort/douleur abdominale												
Anorexie												
Nausées/vomissements												
Fatigue/somnolence												
Urines foncées (couleur thé)												
Selles pâles (boischiâtres)												
Œdème – Raabi – Prunt												
Toux épuisée												
Faiblesse												
Suores nocturnes persistantes												
Hémoptysse												
Perte de poids (kg)												
Inscrire le poids actuel†												
Autres												
Prise d'alcool												
Echelle de Shelton†												
Toux chronique†												
Réponse au médecin												

Initiales: \_\_\_\_\_ Signature et # permis: \_\_\_\_\_





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



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

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

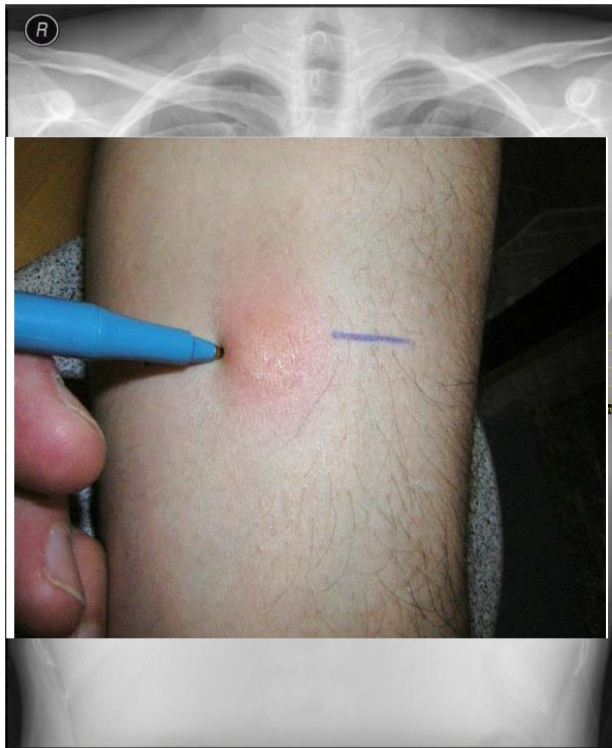
EMBOSSER ICI LA CARTE DU CSI OU CSTU  
 SI NON DISPONIBLE, INSCRIRE LES NOM, PRÉNOM,  
 DATE DE NAISSANCE ET NUMÉRO DOSSIER.  
 EMBOSSE HERE THE CARD OF INC OR UTHC.  
 IF NOT AVAILABLE, WRITE THE NAME, SURNAME,  
 DATE OF BIRTH AND FILE NUMBER.

Temps	Suivi	Interventions et Investigations	Date et signature
Retour dans la communauté AA/ MM/ JJ	MD/Inf. du village	<input type="checkbox"/> S'assurer du transfert du dossier au village <input type="checkbox"/> S'assurer que la pharmacie reçoive la prescription pour les phases 1 et 2 du traitement <input type="checkbox"/> Planifier les différentes dates de suivis infirmier et médical prévues dans la présente ordonnance <input type="checkbox"/> Organiser la TOD en partenariat avec les travailleurs locaux de la santé – Tenir compte des doses reçues lors de l'hospitalisation. <b>TB ACT-ENREG-MÉD-Phase 1</b> <input type="checkbox"/> Enseignement à la clientèle du plan de traitement. Si non fait, lecture et signature du document <b>Tb Active- Information Sur Le Traitement Obligatoire TB ACT-MATO</b> <input type="checkbox"/> Réviser et compléter avec le patient le questionnaire <b>Identification des contacts d'un cas de TB active TB ACT_IDENT-CONTACTS</b>	Signature MD AA/ MM/ JJ
Fin du 1 <sup>er</sup> mois de Tx AA/ MM/ JJ	Inf.	<input checked="" type="checkbox"/> <b>Suivi mensuel régulier</b> : Si anormal, aviser le médecin a. Suivi de la médication et soutien au client <b>TB ACT-ENREG-MÉD-Phase 1</b> b. Évaluation clinique mensuelle <b>TB ACT-EVAL-CLIN-MENS</b> c. Sur prescription médicale, bilan hépatique, Créat., FSC (adulte et enfant)	Signature AA/ MM/ JJ
Fin du 2 <sup>e</sup> mois de Tx AA/ MM/ JJ	MD	<b>Enfants et adultes avec TB probable (non confirmée par laboratoire)</b> : <input type="checkbox"/> Diagnostic de TB probable maintenu d'emblée (poursuivre traitement), puis: <input type="checkbox"/> Discuter si le diagnostic de TB active est maintenu ou révoqué avec le spécialiste <a href="mailto:resp-north@mcgill.ca">resp-north@mcgill.ca</a> (adulte) ou <a href="mailto:mchtb@muhc.mcgill.ca">mchtb@muhc.mcgill.ca</a> (enfant). Au préalable: <input type="checkbox"/> Vérifier tous les résultats de TB bactériol ad ce jour (GeneXpert, frottils, cultures) <input type="checkbox"/> Vérifier réponse clinique <input type="checkbox"/> Vérifier résultat RXP 2 <sup>e</sup> mois <input type="checkbox"/> Vérifier l'observance à la médication <input type="checkbox"/> Chez l'enfant de > 6 mois, discuter de la pertinence de répéter TCT avec le médecin de santé publique. <input type="checkbox"/> Si le diagnostic de TB probable est maintenu et que la souche du cas source présumé est sensible à tout <input type="checkbox"/> Cesser EMB (si patient sous EMB)	Signature AA/ MM/ JJ

Signature du MD : \_\_\_\_\_ N° permis : \_\_\_\_\_ Date : \_\_\_\_/\_\_\_\_/\_\_\_\_  
 AAAAA / MM / JJ

# TB active

## Protocole de suivi – p.4



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

ᐅᐱᐱᐱ ᐅᐱᐱᐱ ᐅᐱᐱᐱ ᐅᐱᐱᐱ  
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
Retour dans la communauté  AA/ MM/ JJ	MD/Inf. du village	<input type="checkbox"/> S'assurer du transfert du dossier au village <input type="checkbox"/> S'assurer que la pharmacie reçoive la prescription pour les phases 1 et 2 du traitement <input type="checkbox"/> Planifier les différentes dates de suivis infirmier et médical prévues dans la présente ordonnance <input type="checkbox"/> Organiser la TOD en partenariat avec les travailleurs locaux de la santé – Tenir compte des doses reçues lors de l'hospitalisation. <b>TB ACT-ENREG-MÉD-Phase 1</b> <input type="checkbox"/> Enseignement à la clientèle du plan de traitement. Si non fait, lecture et signature du document <b>Tb Active- Information Sur Le Traitement Obligatoire TB ACT-MATO</b> <input type="checkbox"/> Réviser et compléter avec le patient le questionnaire <b>Identification des contacts d'un cas de TB active TB ACT_IDENT-CONTACTS</b>	Signature MD   Signature AA/ MM/ JJ
Fin du 1 <sup>er</sup> mois de Tx  AA/ MM/ JJ	Inf.	<input type="checkbox"/> <b>Suivi mensuel régulier</b> : Si anormal, aviser le médecin a. Suivi de la médication et soutien au client <b>TB ACT-ENREG-MÉD-Phase 1</b> b. Évaluation clinique mensuelle <b>TB ACT-EVAL-CLIN-MENS</b> c. Sur prescription médicale, bilan hépatique, Créat., FSC (adulte et enfant)	Signature AA/ MM/ JJ
Fin du 2 <sup>e</sup> mois de Tx  AA/ MM/ JJ	MD	<p><b>Enfants et adultes avec TB probable (non confirmée par laboratoire) :</b></p> <input checked="" type="checkbox"/> Diagnostic de TB probable maintenu d'emblée (poursuivre traitement), puis : <input checked="" type="checkbox"/> Discuter si le diagnostic de TB active est maintenu ou révoqué avec le spécialiste <a href="mailto:resp-north@mcgill.ca">resp-north@mcgill.ca</a> (adulte) ou <a href="mailto:mchtb@muhc.mcgill.ca">mchtb@muhc.mcgill.ca</a> (enfant). Au préalable : <input checked="" type="checkbox"/> Vérifier tous les résultats de TB bactériol ad ce jour (GeneXpert, frottis, cultures) <input checked="" type="checkbox"/> Vérifier réponse clinique <input checked="" type="checkbox"/> Vérifier résultat RXP 2 <sup>e</sup> mois <input checked="" type="checkbox"/> Vérifier l'observance à la médication <input checked="" type="checkbox"/> Chez l'enfant de > 6 mois, discuter de la pertinence de répéter TCT avec le médecin de santé publique. <input checked="" type="checkbox"/> Si le diagnostic de TB probable est maintenu et que la souche du cas source présumé est sensible à tout <input type="checkbox"/> Cesser EMB (si patient sous EMB)	Signature AA/ MM/ JJ

Signature du MD : \_\_\_\_\_ N° permis : \_\_\_\_\_ Date : \_\_\_\_/\_\_\_\_/\_\_\_\_  
AAAA / MM / JJ

# TB active

## Protocole de suivi – p.5



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

<b>R<sub>x</sub></b>	<b>ADULTE (15 ans et plus)</b>
Date de prescription: _____ / _____ / _____	AAAA-MM-JJ

## PHASE DE CONTINUATION\* (PHASE 2)

- Isoniazide (INH) 10 mg/kg (max. : 600 mg), soit :
- Rifampicine (RIF) 10 mg/kg (10-12 mg/kg) (max. : 600 mg), soit :
- Pyridoxine (vit. B6) 2 mg/kg (max. : 50 mg), soit :
- \_\_\_\_\_ , soit :

\* 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 débuter après la prise des 60 doses de la phase initiale débutée le \_\_\_\_\_ / \_\_\_\_\_ / \_\_\_\_\_  
AAAA/MM/JJ

Signature du médecin : \_\_\_\_\_

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

J'atteste que cette prescription, transmise par télécopieur ou courriel, sera considérée comme étant valide et l'unique originale.  
La pharmacie mentionnée plus bas 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	
<input type="checkbox"/> Salluit 819 255-9090	<input type="checkbox"/> Inuulivik 819 254-9090	<input type="checkbox"/> Kangiqsuaq 819 337-9090	<input type="checkbox"/> Kangirsuk 819 935-9090
<input type="checkbox"/> Ivujivik 819 922-9090	<input type="checkbox"/> Umiujuaq 819 331-9090	<input type="checkbox"/> Kuujuaq 819 964-2905	<input type="checkbox"/> Quaqtaq 819 492-9090
<input type="checkbox"/> Akulivik 819 496-9090	<input type="checkbox"/> Kuujuaq 819 929-9090	<input type="checkbox"/> Aupaluk 819 491-9090	<input type="checkbox"/> Kangiqsujaq 819 338-9090
<input type="checkbox"/> Euvimiluaq 819 988-9090			<input type="checkbox"/> Tasujuaq 819 633-9090
<input type="checkbox"/> PHARMACIE INUULITSIVIK, PUVIRNITUQ Tél. : 819 988-2957 #263 292 Fax : 819 988-2551 Courriel : <a href="mailto:pharmacie.pov@ssss.gouv.qc.ca">pharmacie.pov@ssss.gouv.qc.ca</a>		<input type="checkbox"/> PHARMACIE TULATTAVIK, KUJUAQ Tél. : 819 964-2905 # 201/277 Fax : 819 964-0035 Courriel : <a href="mailto:kujuaq.pharmacy@ssss.gouv.qc.ca">kujuaq.pharmacy@ssss.gouv.qc.ca</a>	
<input type="checkbox"/> PHARMACIE VOYER, MONTREAL Tél. : 1 877 426-0400 Télécopieur : 1 877 426-0548 Courriel : <a href="mailto:fpb022@pharmapvt.ca">fpb022@pharmapvt.ca</a>			

IDENTIFICATION
EMBOSSER ICI LA CARTE DU CSI OU CSTU SI NON DISPONIBLE, INSCRIRE LES PRENOM, NOM, DATE DE NAISSANCE ET NO. DOSSIER

Poids: \_\_\_\_\_ kg

## 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



### 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, PRENOM,  
DATE DE NAISSANCE ET NUMERO DOSSIER.  
EMBOSS HERE THE CARD OF IHC OR UTHC.  
IF NOT AVAILABLE, WRITE THE NAME, SURNAME,  
DATE OF BIRTH AND FILE NUMBER.

Temps	Suivi		Date et signature
Fin du 2 <sup>e</sup> mois de Tx (suite) AA / MM / JJ	MD (suite)	<p><b>Adultes et enfants avec TB confirmée par laboratoire :</b></p> <p>Révision du dossier :</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>Prescrire BK entre la 7<sup>e</sup> et 8<sup>e</sup> semaine PRN<sup>5</sup></li> <li>Vérifier résultat RXP 2<sup>e</sup> mois</li> <li>Vérifier BK temps 0 et antibiogramme :               <ul style="list-style-type: none"> <li>Si sensible à tout → Cesser EMB (si patient sous EMB)</li> <li>Si résistance médicamenteuse → Contacter spécialiste</li> <li>Si PCR, frottis et cultures négatifs → Contacter spécialiste pour éliminer diagnostic de cancer (adulte)</li> </ul> </li> <li>Fin de la phase 1 (TOD) du traitement : → s'assurer de la prise complète des 60 doses avant de passer à la phase 2<sup>6</sup></li> <li>Débuter phase 2 du traitement<sup>7</sup> : Prescription- <b>TB ACT-PRESC-MÉD-Adulte-Phase 2</b> ou <b>Enfant-Phase 2</b></li> <li>Créer un patient sous EMB : si EMB doit être poursuivi ET test visuel anormal, demande de consultation en ophtalmo.</li> <li>Autre situation (cas de TB qui nécessite un traitement particulier), Préciser :</li> </ul>	Signature AA / MM / JJ
	Inf.	<p><input type="checkbox"/> <b>Suivi mensuel régulier</b> : Si anormal, aviser le médecin</p> <p>a. Suivi de la médication et soutien au client <b>TB ACT-ENREG-MÉD-Phase 1 ET prévoir Formulaire : TB ACT-ENREG-MÉD-Phase 2</b></p> <p>b. Évaluation clinique mensuelle <b>TB ACT-EVAL-CLIN-MENS</b></p> <p>c. Sur prescription médicale, bilan hépatique, Créat., FSC (adulte et enfant)</p> <p><input type="checkbox"/> Effectuer relevé du dossier suite à sa révision par MD</p> <p><input type="checkbox"/> Répéter BK X 3 entre la 7<sup>e</sup> et 8<sup>e</sup> semaine PRN<sup>5</sup> tel que prescrit par MD</p> <p><input type="checkbox"/> Faire RXP : PA + Latérale (avec vue lordotique pt ≥ 15 ans) tel que prescrit par MD <b>SURV-RXP-EVAL</b></p>	Signature AA / MM / JJ

Signature du MD : \_\_\_\_\_ N° permis : \_\_\_\_\_ Date : \_\_\_\_\_  
AAAA / MM / JJ

<sup>5</sup> 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)

<sup>6</sup> Si traitement erratique en phase 1, consulter [resp-north@mcqill.ca](mailto:resp-north@mcqill.ca) (adulte) ou [mchtb@muhc.mcgill.ca](mailto:mchtb@muhc.mcgill.ca) (enfant) avant de débuter la phase 2.

<sup>7</sup> **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.

# TB active

## Protocole de suivi – p.5



ENREGISTREMENT DE LA MÉDICATION – TB ACTIVE  
PHASE INITIALE (PHASE 1) = Durée de 2 mois

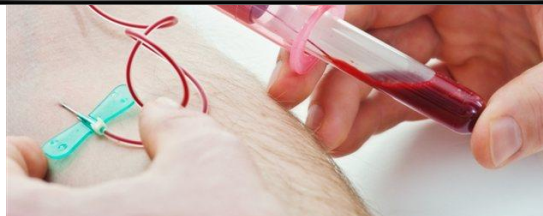
Date du début de la phase initiale: \_\_\_\_\_ Date de fin de la phase initiale: \_\_\_\_\_  
Thérapie sous observation directe (TOD) 5 fois semaine et auto-administrée (AA) 2 fois semaine

Durée du traitement prescrit et nombre de doses à donner  
2 mois = 60 doses

→ Avertir le médecin traitant et à télémeuler conseil de la DRSP si 3 doses consécutives sont manquantes ou si la compliance est insuffisante.

IDENTIFICATION

EMBOSSER ICI LA CARTE DU CSI OU CSTU  
SI NON DISPONIBLE, INSCRIRE LES NOM, PRÉNOM,  
DATE DE NAISSANCE ET NUMERO DOSSIER



### 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 NUMERO DOSSIER  
EMBOSS HERE THE CARD OF IHC OR UTHC  
IF NOT AVAILABLE, WRITE THE NAME, SURNAME,  
DATE OF BIRTH AND FILE NUMBER.

Temps	Suivi	Date et signature	
Fin du 2 <sup>e</sup> mois de Tx (suite) AA/ MM/ JJ	MD (suite)	<p><b>Adultes et enfants avec TB confirmée par laboratoire :</b></p> <p><input type="checkbox"/> Révision du dossier :</p> <ul style="list-style-type: none"> <li><input type="checkbox"/> Prescrire BK entre la 7<sup>e</sup> et 8<sup>e</sup> semaine PRN<sup>5</sup></li> <li><input type="checkbox"/> Vérifier résultat RXP 2<sup>e</sup> mois</li> <li><input type="checkbox"/> Vérifier BK temps 0 et antibiogramme :               <ul style="list-style-type: none"> <li>o Si sensible à tout → Cesser EMB (si patient sous EMB)</li> <li>o Si résistance médicamenteuse → Contacter spécialiste</li> <li>o Si PCR, frottis et cultures négatifs → Contacter spécialiste pour éliminer diagnostic de cancer (adulte)</li> </ul> </li> <li><input type="checkbox"/> Fin de la <b>phase 1</b> (TOD) du traitement : → s'assurer de la prise complète des <b>60</b> doses avant de passer à la phase 2<sup>e</sup></li> <li><input type="checkbox"/> Débuter <b>phase 2</b> du traitement<sup>7</sup> : Prescription- <b>TB ACT-PRESC-MÉD-Adulte-Phase 2</b> ou <b>Enfant-Phase 2</b></li> <li><input type="checkbox"/> Chez un patient sous EMB : si EMB doit être poursuivi ET test visuel anormal, demande de consultation en ophtalmo.</li> <li><input type="checkbox"/> Autre situation (cas de TB qui nécessite un traitement particulier), Préciser : _____</li> </ul>	Signature AA/ MM/ JJ
	Inf.	<p><input checked="" type="checkbox"/> <b>Suivi mensuel régulier</b> : Si anormal, aviser le médecin</p> <p>a. Suivi de la médication et soutien au client <b>TB ACT-ENREG-MÉD-Phase 1 ET prévoir Formulaire : TB ACT-ENREG-MÉD-Phase 2</b></p> <p>b. Évaluation clinique mensuelle <b>TB ACT-EVAL-CLIN-MENS</b></p> <ul style="list-style-type: none"> <li><input checked="" type="checkbox"/> Sur prescription médicale, bilan hépatique, Créat., FSC (adulte et enfant)</li> <li><input checked="" type="checkbox"/> Effectuer relevé du dossier suite à sa révision par MD</li> <li><input checked="" type="checkbox"/> Répéter BK X 3 entre la 7<sup>e</sup> et 8<sup>e</sup> semaine PRN<sup>5</sup> tel que prescrit par MD</li> <li><input checked="" type="checkbox"/> Faire RXP : PA + Latérale (avec vue lordotique pt ≥ 15 ans) tel que prescrit par MD <b>SURV-RXP-EVAL</b></li> </ul>	Signature AA/ MM/ JJ

Signature du MD : \_\_\_\_\_ N° permis : \_\_\_\_\_ Date : \_\_\_\_\_  
AAAA / MM / JJ

<sup>5</sup> 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).  
<sup>6</sup> Si traitement erratique en phase 1, consulter [resp-north@mcqill.ca](mailto:resp-north@mcqill.ca) (adulte) ou [mchtb@nuhc.mcqill.ca](mailto:mchtb@nuhc.mcqill.ca) (enfant) avant de débiter la phase 2.  
<sup>7</sup> **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.







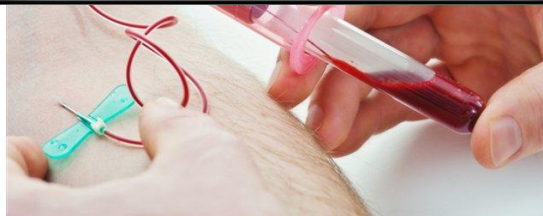
# TB active

## Protocole de suivi – p.5


**ENREGISTREMENT DE LA MÉDICATION – TB ACTIVE**  
**PHASE INITIALE (PHASE 1) = Durée de 2 mois**  
 Date du début de la phase initiale? \_\_\_\_\_ Date de fin de la phase initiale? \_\_\_\_\_  
 Thérapie sous observation directe (TOD) 5 fois semaine et auto-administrée (AA) 2 fois semaine

**IDENTIFICATION**  
 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

Durée du traitement prescrit et nombre de doses à donner : 2 mois = 40 doses  
 → Avertir le médecin traitant et à lui faire conseil de la DRSP si 3 doses consécutives sont manquantes, ainsi qu'à compléter cet état.


**Centre de Santé et Services Sociaux Inuitsvik**  
**Inuitsvik Health & Social Services Centre**  
 Puvungut, Québec J0M 1P0  
 T 514 900-2957 / F 514 900-2790  
 ᐃᓄᓄᓄᓄ ᐃᓄᓄᓄᓄ ᐃᓄᓄᓄᓄ  
**UNGAVA TULATTAVIK HEALTH CENTER**  
**CENTRE DE SANTÉ TULATTAVIK DE L'UNGAVA**

### 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  
 EMBOSSE 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 3 <sup>e</sup> mois de Tx  AA/ MM/ JJ	Inf.	<input type="checkbox"/> <b>Suivi mensuel régulier</b> : Si anormal, aviser le médecin a. Suivi de la médication et soutien au client <b>TB ACT-ENREG-MÉD-Phase 2</b> b. Évaluation clinique mensuelle <b>TB ACT-EVAL-CLIN-MENS</b> c. Sur prescription médicale, bilan hépatique, Créat. PRN (adulte <sup>8</sup> et enfant <sup>9</sup> ) <input type="checkbox"/> Vérifier si BK ont dû être répétés à 8 semaines; si oui, vérifier le résultat : <input type="checkbox"/> Si culture positive : aviser MD et répéter q mois ad négatification des cultures sur prescription médicale	Signature AA/ MM/ JJ
Fin du 4 <sup>e</sup> mois de Tx  AA/ MM/ JJ	MD	<input type="checkbox"/> Révision du dossier <input type="checkbox"/> Vérifier BK du 2 <sup>e</sup> mois. <input type="checkbox"/> Si culture négative : poursuivre le traitement pour un total de 6 mois <input type="checkbox"/> Si culture positive : consulter <a href="mailto:resp-north@mcqill.ca">resp-north@mcqill.ca</a> (Tx 9 mois possible) <input type="checkbox"/> Suivi particulier : _____	Signature AA/ MM/ JJ
Fin du 5 <sup>e</sup> mois de Tx  AA/ MM/ JJ	Inf.	<input type="checkbox"/> <b>Suivi mensuel régulier</b> : Si anormal, aviser le médecin a. Suivi de la médication et soutien au client <b>TB ACT-ENREG-MÉD-Phase 2</b> b. Évaluation clinique mensuelle <b>TB ACT-EVAL-CLIN-MENS</b> c. Sur prescription médicale, bilan hépatique, Créat. PRN (adulte <sup>8</sup> et enfant <sup>9</sup> ) <input type="checkbox"/> Effectuer relevé du dossier suite à sa révision par MD <input checked="" type="checkbox"/> BK X 3 PRN sur prescription médicale jusqu'à négatification des cultures <input checked="" type="checkbox"/> <b>Suivi mensuel régulier</b> : Si anormal, aviser le médecin a. Suivi de la médication et soutien au client <b>TB ACT-ENREG-MÉD-Phase 2</b> b. Évaluation clinique mensuelle <b>TB ACT-EVAL-CLIN-MENS</b> <input checked="" type="checkbox"/> Sur prescription médicale, bilan hépatique, Créat. PRN (adulte <sup>8</sup> et enfant <sup>9</sup> ) <input checked="" type="checkbox"/> Faire RXP : PA + Latérale (avec vue lordotique pt ≥ 15 ans) tel que prescrit par MD <b>SURV-RXP-EVAL</b> <input checked="" type="checkbox"/> BK X 3 PRN sur prescription médicale jusqu'à négatification des cultures	Signature AA/ MM/ JJ

Signature du MD : \_\_\_\_\_ N° permis : \_\_\_\_\_ Date : \_\_\_\_\_  
AAAA / MM / JJ

<sup>8</sup> 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)

<sup>9</sup> Si symptomatique ou bilan de base anormal.



# TB active

## Protocole de suivi – p.6

**ISSUE DE TRAITEMENT**  
DANS UN CAS DE TUBERCULOSE ACTIVE

IDENTIFICATION

EMBOSSER ICI LA CARTE DU CSI ou CSTU  
SI NON DISPONIBLE, INSCRIRE LES

IDENTIFICATION

EMBOSSER ICI LA CARTE DU CSI ou CSTU  
SI NON DISPONIBLE, INSCRIRE LES

**GUIDE DE S**

Coc

**ITL non ou inad**

ITL acquise d

ITL de date ir prioritaire

ITL de date ir non prioritaire

ITL acquise e

ITL acquise il

**ITL traitée**

Prophylaxie c

Prophylaxie c

**Exposition à un**

TB active anc

**Suivi post fin de**

TB active cor

TB active nor (confirmée ou

Signature du :

Régime :

Rifampicine :

Isoniazide (INH) :

- 4 doses INH en TOD
- 62 doses INH en TOD
- 210 doses INH sur 120 jours
- 62 doses INH sur 9 mois (270 jours) max.
- 78 doses INH en TOD 2 fois semaine

Guérison (cultures négatives objectives)

Traitement complété (sans cultures négatives objectives)

Décès avant ou durant le traitement. Date : \_\_\_\_/\_\_\_\_/\_\_\_\_

la TB est la cause du décès (AAAA/MM/JJ)

la TB a contribué au décès sans le causer

la TB n'a pas contribué au décès

Traitement discontinué dû à un évènement défavorable

Transfert dans une autre région – résultat du traitement inconnu

Échec (culture positive après 4 mois de traitement ou plus)

Abandon (cas perdu de vue avant d'avoir reçu 80 % des doses)

Autre (préciser) : \_\_\_\_\_

Signature MD : \_\_\_\_\_ Date : \_\_\_\_/\_\_\_\_/\_\_\_\_ (AAAA/MM/JJ)

**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 INC OR UHC.  
IF NOT AVAILABLE, WRITE THE NAME, SURNAME, DATE OF BIRTH AND FILE NUMBER

Temps	Suivi	Interventions et Investigations	Date et signature
<div style="border: 2px solid yellow; padding: 5px;"> <b>Fin du 6<sup>e</sup> mois de Tx</b>  AA/ MM/ JJ                 </div>	MD	<ul style="list-style-type: none"> <li><input checked="" type="checkbox"/> Révision du dossier :</li> <li><input checked="" type="checkbox"/> Vérifier résultat RXP du 5<sup>e</sup> mois et résultats des cultures de BK</li> <li><input checked="" type="checkbox"/> Consulter spécialiste pour ajustement du régime thérapeutique si :                         <ul style="list-style-type: none"> <li>- RXP cavitaire au départ</li> <li>- Cultures positives à 8 semaines ou plus de traitement</li> <li>- Tx non standard, incomplet ou erratique</li> <li>- Autre situation particulière : _____</li> </ul> </li> <li><b>Si fin de traitement :</b></li> <li><input checked="" type="checkbox"/> Compléter et signer le formulaire <i>Issue de traitement TB ACT-ISSUE TX</i></li> <li><input checked="" type="checkbox"/> Transmettre le formulaire <i>Issue de traitement</i> à la DRSP</li> <li><input checked="" type="checkbox"/> Compléter et signer le suivi clinico-radiologique <u>en post fin de traitement</u> selon le guide: <i>TB ACT-ITL-CLIN-RADIOL</i></li> <li><input checked="" type="checkbox"/> Mettre à jour la liste des problèmes (antécédents) au dossier patient</li> <li><b>Enfant avec TB non confirmée par laboratoire :</b></li> <li><input checked="" type="checkbox"/> Valider avec la santé publique si besoin de répéter TCT. Et si oui, à quel moment.</li> <li><input checked="" type="checkbox"/> Discuter avec la santé publique et le spécialiste si diagnostic de TB active maintenu ou révoqué.</li> </ul>	Signature _____ AA/ MM/ JJ
	Inf.	<ul style="list-style-type: none"> <li><input type="checkbox"/> <b>Suivi mensuel régulier :</b> Si anormal, aviser le médecin                         <ol style="list-style-type: none"> <li>a. Suivi de la médication et soutien au client <i>TB ACT -ENREG-MÉD-Phase 2</i></li> <li>b. Évaluation clinique mensuelle <i>TB ACT-EVAL-CLIN-MENS</i></li> <li>c. Sur prescription médicale, bilan hépatique, Créat. si traitement prolongé (adulte, enfant)</li> </ol> </li> <li><input type="checkbox"/> Effectuer relevé du dossier suite à sa révision par MD</li> <li><input type="checkbox"/> Planifier suivi clinico-radiologique <i>TB ACT-ITL-CLIN-RADIOL</i></li> <li><b>Si fin de traitement :</b></li> <li><input type="checkbox"/> Transmettre le formulaire <i>Issue de traitement TB ACT-ISSUE FIN TX</i> (signé par le médecin) et les documents <i>ENREG-MÉD, EVAL-CLIN-MENS et CLIN-RADIOL</i> à la DRSP.</li> </ul>	Signature _____ AA/ MM/ JJ

Signature du MD : \_\_\_\_\_ N° permis : \_\_\_\_\_ Date : \_\_\_\_/\_\_\_\_/\_\_\_\_ (AAAA / MM / JJ)

<sup>1</sup> Date à laquelle la TB a été diagnostiquée par le médecin; si inconnue, date selon la première éventualité, soit a) date du premier frottis positif; b) date d'un premier rapport de culture positive c) ou d'un TAAN positif d) date de début du traitement.







# TB active

## Protocole de suivi – p.6

- ◆ Si retard de traitement ou traitement prolongé ad 9 ou 12 mois.



Centre de Santé et Services Sociaux Inuulitavik  
Inuulitavik Health & Social Services Centre  
Puisville, Québec J0M 1P0  
T 819 988-2157 / F 819 988-2700



ᐅᑦᑦᑦ ᐅᑦᑦᑦ ᐅᑦᑦᑦᐅᑦᑦ  
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 HSC 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**

Temps	Suivi	Interventions et Investigations	Date et signature
Fin du 7 <sup>e</sup> mois de Tx  AA/ MM/ JJ	Inf.	<input type="checkbox"/> <b>Suivi mensuel régulier</b> : Si anormal, aviser le médecin a. Suivi de la médication et soutien au client <b>TB ACT-ENREG-MÉD-Phase 2</b> b. Évaluation clinique mensuelle <b>TB ACT-EVAL-CLIN-MENS</b> c. Sur prescription médicale, bilan hépatique, Créat. PRN (adulte <sup>7</sup> et enfant <sup>8</sup> )	Signature  AA/ MM/ JJ
Fin du 8 <sup>e</sup> mois de Tx  AA/ MM/ JJ	Inf.	<input type="checkbox"/> <b>Suivi mensuel régulier</b> : Si anormal, aviser le médecin a. Suivi de la médication et soutien au client <b>TB ACT-ENREG-MÉD-Phase 2</b> b. Évaluation clinique mensuelle <b>TB ACT-EVAL-CLIN-MENS</b> c. Sur prescription médicale, bilan hépatique, Créat. PRN (adulte <sup>7</sup> et enfant <sup>8</sup> ) <input type="checkbox"/> Faire RXP : PA + Latérale (avec vue lordotique pt ≥ 15 ans) tel que prescrit par MD <b>SURV-RXP-EVAL</b> <input type="checkbox"/> Préparation du dossier pour révision médicale à la fin du 9 <sup>e</sup> mois.	Signature  AA/ MM/ JJ
Fin du 9 <sup>e</sup> mois de Tx  AA/ MM/ JJ	MD	<input type="checkbox"/> Révision du dossier <input type="checkbox"/> Vérifier résultat RXP du 8 <sup>e</sup> mois <input type="checkbox"/> Consulter spécialiste si : - RXP anormale ou cavités au départ - BK positifs en cours de Tx - Tx prolongé, non standard, incomplet ou erratique <b>Si traitement terminé :</b> <input type="checkbox"/> Compléter et signer le formulaire <i>Issue de traitement TB ACT-ISSUE TX</i> <input type="checkbox"/> Transmettre le formulaire <i>Issue de traitement</i> à la DRSP <input type="checkbox"/> Planifier suivi clinico-radiologique <b>en post fin de traitement</b> selon le guide de suivi clinico-radiologique <b>TB ACT-ITL-CLIN-RADIOL</b> <input type="checkbox"/> Mettre à jour la liste des problèmes (antécédents) au dossier patient	Signature  AA/ MM/ JJ
	Inf.	<input type="checkbox"/> <b>Suivi mensuel régulier</b> : Si anormal, aviser le médecin a. Suivi de la médication et soutien au client <b>TB ACT-ENREG-MÉD-Phase 2</b> b. Évaluation clinique mensuelle <b>TB ACT-EVAL-CLIN-MENS</b> c. Sur prescription médicale, bilan hépatique, Créat. PRN (adulte <sup>7</sup> et enfant <sup>8</sup> ) <input type="checkbox"/> Effectuer relevé du dossier suite à sa révision par MD <input type="checkbox"/> Planifier suivi clinico-radiologique	Signature  AA/ MM/ JJ

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

Signature du MD : \_\_\_\_\_
N° permis : \_\_\_\_\_
Date : \_\_\_\_\_  
AAAA / MM / JJ

# TB active

## Enregistrement de la médication

TB active		
<b>Déclaration MADO</b>	1 <sup>ère</sup> diffusion	Mise à jour
Déclaration MADO <a href="#">🔗</a>		2013-03
Déclaration MADO – Version dynamique <a href="#">🔗</a>		2013-03
<b>Annexe 4</b>		
Annexe 4 <a href="#">🔗</a>		2017-06-07
<b>Identification des contacts d'un cas de TB active</b>		
Procédure - Identification des contacts d'un cas de TB active <a href="#">🔗</a>		2019-01
Identification des contacts d'un cas de TB active <a href="#">🔗</a>		2019-11-25
<b>Contrat d'engagement</b>		
Procédure - Contrat d'engagement relatif au traitement obligatoire <a href="#">🔗</a>		2018-10-09
Contrat d'engagement relatif au traitement obligatoire <a href="#">🔗</a>		2018-10-09
<b>Isolement à domicile</b>		
Procédure – Isolement à domicile <a href="#">🔗</a>		2019-12-18
Isolement à domicile <a href="#">🔗</a>		2019-06-07
<b>Prescriptions de la médication TB active</b>		
--Chez l'adulte--		
Traitement TB active – Phase 1 - Adulte <a href="#">🔗</a>		2019-11-29
Traitement TB active – Phase 2 - Adulte <a href="#">🔗</a>		2019-11-29
--Chez l'enfant--		
Traitement TB active – Phase 1 - Enfant <a href="#">🔗</a>		2019-11-29
Traitement TB active – Phase 2 - Enfant <a href="#">🔗</a>		2019-11-29
<b>Protocole de suivi TB active</b>		
Protocole de suivi – TB active <a href="#">🔗</a>		2019-11-25
<b>Enregistrement de la médication TB active</b>		
Procédure - Enregistrement de la médication TB active <a href="#">🔗</a>		2019-04-09
Enregistrement de la médication TB active – Phase 1 <a href="#">🔗</a>		2019-11-25
Enregistrement de la médication TB active – Phase 2 <a href="#">🔗</a>		2019-11-25
<b>Évaluation clinique mensuelle</b>		
Procédure - Évaluation clinique mensuelle <a href="#">🔗</a>		2019-02-28
Évaluation clinique mensuelle <a href="#">🔗</a>		2019-02-28
<b>Issue de traitement</b>		
Issue de traitement <a href="#">🔗</a>		2018-11
<b>Suivi clinico-radiologique</b>		
Guide de suivi clinico-radiologique <a href="#">🔗</a>		2019-12-18
Évaluation clinique du suivi clinico-radiologique <a href="#">🔗</a>		2019-12-18



# TB active

## Enregistrement de la médication – phase 1



Centre de Santé et Services Sociaux Inuulitsivik  
Inuulitsivik Health & Social Services Centre  
Puvimtuq, Québec, J0M 1P0  
T 819 988-2957 / F 819 988-3796



UINGAVA TULATTAVIK HEALTH CENTER  
CENTRE DE SANTÉ TULATTAVIK DE UINGAVA

### ENREGISTREMENT DE LA MÉDICATION – TB ACTIVE PHASE INITIALE (PHASE 1) = Durée de 2 mois

Date du début de la phase initiale<sup>1</sup>: \_\_\_\_/\_\_\_\_/\_\_\_\_ Date de fin de la phase initiale<sup>2</sup>: \_\_\_\_/\_\_\_\_/\_\_\_\_

**Thérapie sous observation directe (TOD) 5 fois semaine et auto-administré (AA) 2 fois semaine**

#### IDENTIFICATION

EMBOSSER ICI LA CARTE DU CSI ou CSTU  
SI NON DISPONIBLE, INSCRIRE LES  
PRÉNOM, NOM, DATE DE NAISSANCE ET  
NO. DOSSIER

Durée du traitement prescrit et nombre de doses à donner ☞ 2 mois = 60 doses														☞ Aviser le médecin traitant et à l'infirmière conseil de la DRSP si 3 doses consécutives sont manquées ou si la compliance est erratique.													
Inscrire le mois: _____ 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																											
Isoniazide (INH) _____ mg po <b>die</b> TOD																											
Rifampicine (RIF) _____ mg po <b>die</b> TOD																											
Pyrazinamide (PZA) _____ mg po <b>die</b> TOD																											
Ethambutol (EMB) _____ mg po <b>die</b> TOD																											
Vitamine B6 _____ mg po <b>die</b> TOD																											
Autre, préciser :																											
Autre, préciser :																											
Nombre de doses <sup>3</sup> (cumulatif)																											

◆ Die  
◆ 5x/sem en TOD et  
2x/sem AA

<sup>1</sup> Si hospitalisation ou non, inscrire la date de la première dose prise ou la date reconnue comme étant le début du traitement optimal, si différent.

<sup>2</sup> Inscrire la date qui correspond à la prise de la 60<sup>e</sup> dose.

<sup>3</sup> Si hospitalisation, inclure les doses prises durant l'hospitalisation dans le décompte cumulatif du nombre de doses.

☞ Inscrire vos **initiales** dans chacune des cases où les médicaments sont administrés en TOD: 5 jours par semaine du lundi au vendredi.

☞ Inscrire **AA** dans les cases où les médicaments sont **auto-administrés**: les fins de semaines ou lors de situations particulières;

☞ Inscrire ☒ dans les cases où la dose prévue n'a pas été prise (TOD non administrée ou AA reconnue omise). 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

# TB active

## Enregistrement de la médication – phase 1



REGIE REGIONALE DE LA SANTE ET DES SERVICES SOCIAUX DU NUNAVUT  
REGIONAL BOARD OF HEALTH AND SOCIAL SERVICES



Centre de Santé et Services Sociaux Inuulitsivik  
Inuulitsivik Health & Social Services Centre  
Puvimtuq, Québec, J0M 1P0  
T 819 988-2957 / F 819 988-3796



UNANGVA TULATTAVIK HEALTH CENTER  
CENTRE DE SANTÉ TULATTAVIK DE KUANGAVA

### ENREGISTREMENT DE LA MÉDICATION – TB ACTIVE PHASE INITIALE (PHASE 1) = Durée de 2 mois

Date du début de la phase initiale<sup>1</sup>: aaaa/mm/ij Date de fin de la phase initiale<sup>2</sup>: aaaa/mm/ij

Thérapie sous observation directe (TOD) 5 fois semaine et auto-administré (AA) 2 fois semaine

#### IDENTIFICATION

EMBOSSER ICI LA CARTE DU CSI ou CSTU  
SI NON DISPONIBLE, INSCRIRE LES  
PRÉNOM, NOM, DATE DE NAISSANCE ET  
NO. DOSSIER

Durée du traitement prescrit et nombre de doses à donner

2 mois = 60 doses

» Aviser le médecin traitant et à l'infirmière conseil de la DRSP si 3 doses consécutives sont manquées ou si la compliance est erratique.

Inscrire le mois: _____																												
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
Isoniazide (INH) _____ mg po <b>die</b> TOD																												
Rifampicine (RIF) _____ mg po <b>die</b> TOD																												
Pyrazinamide (PZA) _____ mg po <b>die</b> TOD																												
Ethambutol (EMB) _____ mg po <b>die</b> TOD																												
Vitamine B6 _____ mg po <b>die</b> TOD																												
Autre, préciser :																												
Autre, préciser :																												
Nombre de doses <sup>3</sup> (cumulatif)																												

◆ Régime standard :  
60 doses

<sup>1</sup> Si hospitalisation ou non, inscrire la date de la première dose prise ou la date reconnue comme étant le début du traitement optimal, si différent.

<sup>2</sup> Inscrire la date qui correspond à la prise de la 60<sup>e</sup> dose.

<sup>3</sup> Si hospitalisation, inclure les doses prises durant l'hospitalisation dans le décompte cumulatif du nombre de doses.

» Inscrire vos initiales dans chacune des cases où les médicaments sont administrés en TOD: 5 jours par semaine du lundi au vendredi.

» Inscrire AA dans les cases où les médicaments sont auto-administrés: les fins de semaines ou lors de situations particulières;

» Inscrire  dans les cases où la dose prévue n'a pas été prise (TOD non administrée ou AA reconnue omise). 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







# TB active

## Enregistrement de la médication – phase 2



Centre de Santé et Services Sociaux Inuulitsivik  
Inuulitsivik Health & Social Services Centre  
Puvirnituq, Québec, XM 1P0  
T 810 980-2057 / F 810 980-2766



ᐅᐅᐅᐅ ᐅᐅᐅᐅ ᐅᐅᐅᐅᐅᐅᐅᐅ  
UNGAVA TULATAVIK HEALTH CENTER  
CENTRE DE SANTÉ TULATAVIK DE L'UNGAVA

### IDENTIFICATION

EMBOSSER ICI LA CARTE DU CSI ou CSTU  
SI NON DISPONIBLE, INSCRIRE LES  
PRÉNOM, NOM, DATE DE NAISSANCE ET  
NO. DOSSIER

### ENREGISTREMENT DE LA MÉDICATION – TB ACTIVE

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

Date du début de la phase 2<sup>1</sup>: aaaa/mm/jj Date de la fin de la phase 2<sup>2</sup>: aaaa/mm/jj

**Traitement sous observation directe (TOD) 3 fois/semaine : lundi, mercredi et vendredi**

Cocher la durée du traitement prescrit / nombre de doses à donner

4 mois = 51 doses  7 mois = 90 doses  10 mois = 120 doses

» Aviser le médecin traitant et l'infirmière conseil de la DRSP si 3 doses consécutives sont manquées ou si la compliance est erratique.

Inscrire le mois:

Inscrire les dates du  
calendrier →

Jours semaine → L M



3x/sem en TOD

Lun – mer - ven

V S D L M M J V S D L M M J V S D

Isoniazide (INH) \_\_\_mg

po

L-M-V (3 x sem) TOD

Rifampicine (RIF) \_\_\_mg

po

L-M-V (3 x sem) TOD

Vitamine B6 \_\_\_mg po

L-M-V

(3 x sem) TOD

Autre, préciser :

Autre, préciser :

Nbre de doses<sup>3</sup>

(cumulatif)

<sup>1</sup> La phase de continuation débute après la prise des 60 doses prescrites à la phase initiale.

<sup>2</sup> La phase de continuation se termine à la date de la prise de la dernière dose du nombre total de doses prescrites.

<sup>3</sup> 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.

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



# TB active

## Enregistrement de la médication – phase 2



Centre de Santé et Services Sociaux Inuulitsivik  
Inuulitsivik Health & Social Services Centre  
Puvirnituq, Québec, XM 1P0  
T 810 980-2057 / F 810 980-2766



Ungava Tullatavik Health Center  
CENTRE DE SANTÉ TULLATAVIK DE L'UNGAVA

### IDENTIFICATION

EMBOSSER ICI LA CARTE DU CSI ou CSTU  
SI NON DISPONIBLE, INSCRIRE LES  
PRÉNOM, NOM, DATE DE NAISSANCE ET  
NO. DOSSIER

### ENREGISTREMENT DE LA MÉDICATION – TB ACTIVE

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

Date du début de la phase 2<sup>1</sup>: aaaa/mm/jj / jj Date de la fin de la phase 2<sup>2</sup>: aaaa/mm/jj / jj

Traitement sous observation directe (TOD) 3 fois/semaine : lundi, mercredi et vendredi

Cocher la durée du traitement prescrit / nombre de doses à donner

4 mois = 51 doses    7 mois = 90 doses    10 mois = 120 doses

» Aviser le médecin traitant et l'infirmière conseil de la DRSP si 3 doses consécutives sont manquées ou si la compliance est erratique.

Inscrire le mois:

Inscrire les dates du calendrier →

Jours semaine → L M

Isoniazide (INH) \_\_\_\_\_mg

po

L-M-V (3 x sem) TOD

Rifampicine (RIF) \_\_\_\_\_mg

po

L-M-V (3 x sem) TOD

Vitamine B6 \_\_\_\_\_mg po

L-M-V (3 x sem) TOD

Autre, préciser :

Autre, préciser :

Nbre de doses<sup>3</sup>  
(cumulatif)



Aviser la DRSP si 3 doses consécutives manquées ou compliance erratique

I M J V S D L M M J V S D

<sup>1</sup> La phase de continuation débute après la prise des 60 doses prescrites à la phase initiale.

<sup>2</sup> La phase de continuation se termine à la date de la prise de la dernière dose du nombre total de doses prescrites.

<sup>3</sup> 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.

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



# TB active

## Évaluation clinique mensuelle

TB active		
<b>Déclaration MADO</b>	1 <sup>ère</sup> diffusion	Mise à jour
Déclaration MADO		2013-03
Déclaration MADO – Version dynamique		2013-03
<b>Annexe 4</b>		
Annexe 4		2017-06-07
<b>Identification des contacts d'un cas de TB active</b>		
Procédure - Identification des contacts d'un cas de TB active		2019-01
Identification des contacts d'un cas de TB active		2019-11-25
<b>Contrat d'engagement</b>		
Procédure - Contrat d'engagement relatif au traitement obligatoire		2018-10-09
Contrat d'engagement relatif au traitement obligatoire		2018-10-09
<b>Isolement à domicile</b>		
Procédure – Isolement à domicile		2019-12-18
Isolement à domicile		2019-06-07
<b>Prescriptions de la médication TB active</b>		
--Chez l'adulte--		
Traitement TB active – Phase 1 - Adulte		2019-11-29
Traitement TB active – Phase 2 - Adulte		2019-11-29
--Chez l'enfant--		
Traitement TB active – Phase 1 - Enfant		2019-11-29
Traitement TB active – Phase 2 - Enfant		2019-11-29
<b>Protocole de suivi TB active</b>		
Protocole de suivi – TB active		2019-11-25
<b>Enregistrement de la médication TB active</b>		
Procédure - Enregistrement de la médication TB active		2019-04-09
Enregistrement de la médication TB active – Phase 1		2019-11-25
Enregistrement de la médication TB active – Phase 2		2019-11-25
<b>Évaluation clinique mensuelle</b>		
Procédure - Évaluation clinique mensuelle		2019-02-28
Évaluation clinique mensuelle		2019-02-28
<b>Issue de traitement</b>		
Issue de traitement		2018-11
<b>Suivi clinico-radiologique</b>		
Guide de suivi clinico-radiologique		2019-12-18
Évaluation clinique du suivi clinico-radiologique		2019-12-18


# TB active

## Évaluation clinique mensuelle


### INH, RIF, PZA : Troubles hépatiques

Cesser l'INH si :


- ◆ les AST/ALT  $\geq 3$  fois la limite supérieure de la normale + sx
- OU
- ◆ si  $\geq 5$  fois la limite supérieure de la normale en l'absence de symptômes.



REGIONAL HEALTH & SOCIAL SERVICES CENTRE  
INUITIATVIK



Centre de Santé et Services Sociaux Inuitiavik  
Inuitiavik Health & Social Services Centre  
Pavillon, Québec J0A 1P0  
T: 819 989-2957 / F: 819 989-2706



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

CODE de Boîte à outils TB	DRSP-TB TB ACT-ITL- ÉVAL CLIN MENS
Titre	Évaluation clinique mensuelle- TB active et ITL
Date de modification	2019-02-28

EFFETS INDÉSIRABLES DES PRINCIPAUX ANTITUBERCULEUX				
Médicament	Effets indésirables courants	Effets indésirables rares, mais importants	Probabilité d'hépatite*	Probabilité de rash*
Isoniazide (INH)	<ul style="list-style-type: none"> <li>▪ rash</li> <li>▪ hépatite</li> <li>▪ neuropathie périphérique</li> <li>▪ nausée/vomissement</li> <li>▪ diarrhée</li> <li>▪ fatigue, somnolence</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>▪ neurotoxicité</li> <li>▪ anémie</li> <li>▪ acné</li> <li>▪ céphalée</li> <li>▪ alopecie</li> </ul>	+++	++
Rifampicine (RIF)	<ul style="list-style-type: none"> <li>▪ interactions médicamenteuses</li> <li>▪ rash</li> <li>▪ nausée/vomissement</li> <li>▪ diarrhée</li> <li>▪ étourdissement</li> <li>▪ urine, larmes, sueur de couleur orange</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>▪ hépatite</li> <li>▪ syndrome d'allure grippale</li> <li>▪ neutropénie</li> <li>▪ thrombocytopenie</li> </ul>	++	++++
Pyrazinamide (PZA)	<ul style="list-style-type: none"> <li>▪ hépatite</li> <li>▪ rash</li> <li>▪ hyperuricémie</li> <li>▪ arthralgie</li> <li>▪ nausée/vomissement</li> <li>▪ diarrhée</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>▪ goutte</li> <li>▪ photosensibilité</li> </ul>	++++	+++
Ethambutol (EMB)	<ul style="list-style-type: none"> <li>▪ toxicité oculaire</li> <li>▪ nausée/vomissement</li> <li>▪ diarrhée</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>▪ rash</li> </ul>	+	+
Fluroquinolone (FLU)	<ul style="list-style-type: none"> <li>▪ rash</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>▪ tendinite</li> <li>▪ rupture de tendon</li> <li>▪ allongement de l'intervalle QT</li> </ul>		
Amikacine	<ul style="list-style-type: none"> <li>▪ néphrotoxicité</li> <li>▪ ototoxicité</li> </ul>			

*Tiré du Guide d'intervention - La Tuberculose (MSSS, Québec, 2017), Tableau 9, p.35 Et Communicable disease control manual, Chapter 4, Section 5, BCCDC, July, 2018*

\* +++++ = plus probable/  
+ = peu probable


- L'INH, la RIF et le PZA peuvent provoquer des troubles hépatiques, variant d'une légère élévation asymptomatique des transaminases à une hépatite fulminante.
- L'hépatite survient surtout chez les adultes et plus fréquente chez les personnes qui consomment de l'alcool chaque jour ou qui sont atteints d'une maladie hépatique chronique.
- Ces médicaments devraient être retirés du régime thérapeutique
  - si un ictere apparaît,
  - si la concentration sérique des transaminases (AST ou ALT) est 5 fois plus élevée que la limite supérieure de la normale.
- *Si un médicament cause des troubles hépatiques, une note au dossier devrait être clairement inscrite à cet effet.*
- Évaluer si prise concomitante d'acétaminophène ou autre médicament hépatotoxique.




# TB active

## Évaluation clinique mensuelle


EMB : Toxicité oculaire



REGIÓNE REGIONALE DE LA NUNAVUT REGIONAL HEALTH AND SOCIAL SERVICES CENTRE



Inuit Health Centre



UNGAVA TULLATTAVIK HEALTH CENTER

Centre de Santé et Services Sociaux Inuit Health & Social Services Centre  
Pavillon Québec, KM 170  
T. 819 989-2957 / F. 819 989-2766

CODE de Boîte à outils TB	DRSP-TB TB ACT-ITL- ÉVAL CLIN MENS
Titre	Évaluation clinique mensuelle- TB active et ITL
Date de modification	2019-02-28

EFFETS INDÉSIRABLES DES PRINCIPAUX ANTITUBERCULEUX				
Médicament	Effets indésirables courants	Effets indésirables rares, mais importants	Probabilité d'hépatite*	Probabilité de rash*
Isoniazide (INH)	<ul style="list-style-type: none"> <li>▪ rash</li> <li>▪ hépatite</li> <li>▪ neuropathie périphérique</li> <li>▪ nausée/vomissement</li> <li>▪ diarrhée</li> <li>▪ fatigue, somnolence</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>▪ neurotoxicité</li> <li>▪ anémie</li> <li>▪ acné</li> <li>▪ céphalée</li> <li>▪ alopecie</li> </ul>	+++	++
Rifampicine (RIF)	<ul style="list-style-type: none"> <li>▪ interactions médicamenteuses</li> <li>▪ rash</li> <li>▪ nausée/vomissement</li> <li>▪ diarrhée</li> <li>▪ étourdissement</li> <li>▪ urine, larmes, sueur de couleur orange</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>▪ hépatite</li> <li>▪ syndrome d'allure grippale</li> <li>▪ neutropénie</li> <li>▪ thrombocytopenie</li> </ul>	++	++++
Pyrazinamide (PZA)	<ul style="list-style-type: none"> <li>▪ hépatite</li> <li>▪ rash</li> <li>▪ hyperuricémie</li> <li>▪ arthralgie</li> <li>▪ nausée/vomissement</li> <li>▪ diarrhée</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>▪ goutte</li> <li>▪ photosensibilité</li> </ul>	++++	+++
Ethambutol (EMB)	<ul style="list-style-type: none"> <li>▪ toxicité oculaire</li> <li>▪ nausée/vomissement</li> <li>▪ diarrhée</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>▪ rash</li> </ul>	+	+
Fluroquinolone (FLU)	<ul style="list-style-type: none"> <li>▪ rash</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>▪ tendinite</li> <li>▪ rupture de tendon</li> <li>▪ allongement de l'intervalle QT</li> </ul>		
Amikacine	<ul style="list-style-type: none"> <li>▪ néphrotoxicité</li> <li>▪ ototoxicité</li> </ul>			
Tiré du Guide d'intervention - La Tuberculose (MSSS, Québec, 2017), Tableau 9, p.35 Et Communicable disease control manual, Chapter 4, Section 5, BCCDC, July, 2018			* +++++ = plus probable/ + = peu probable	

- L'INH, la RIF et le PZA peuvent provoquer des troubles hépatiques, variant d'une légère élévation asymptomatique des transaminases à une hépatite fulminante.
- L'hépatite survient surtout chez les adultes et plus fréquente chez les personnes qui consomment de l'alcool chaque jour ou qui sont atteints d'une maladie hépatique chronique.
- Ces médicaments devraient être retirés du régime thérapeutique
  - si un ictère apparaît,
  - si la concentration sérique des transaminases (AST ou ALT) est 5 fois plus élevée que la limite supérieure de la normale.
- *Si un médicament cause des troubles hépatiques*, une note au dossier devrait être clairement inscrite à cet effet.
- Évaluer si prise concomitante d'acétaminophène ou autre médicament hépatotoxique.

# TB active

## Évaluation clinique mensuelle



### ÉVALUATION CLINIQUE MENSUELLE TRAITEMENT TB ACTIVE ET ITL

(Voir effets indésirables des principaux antituberculeux sur la procédure)

Poids initial: \_\_\_\_\_ kg en date du: aaaa / mm / jj

#### IDENTIFICATION

EMBOSSER ICI LA CARTE DU CSI ou CSTU  
SI NON DISPONIBLE, INSCRIRE LES  
PRENOM, NOM, DATE DE NAISSANCE ET  
NO. DOSSIER

Présence de signes / symptômes <sup>1</sup> (Si anormal, aviser le médecin)		<u>aaaa</u> / <u>mm</u> / <u>jj</u>		<u>aaaa</u> / <u>mm</u> / <u>jj</u>		<u>aaaa</u> / <u>mm</u> / <u>jj</u>		<u>aaaa</u> / <u>mm</u> / <u>jj</u>		<u>aaaa</u> / <u>mm</u> / <u>jj</u>		<u>aaaa</u> / <u>mm</u> / <u>jj</u>	
		Non	Oui	Non	Oui	Non	Oui	Non	Oui	Non	Oui	Non	Oui
Hépatotoxicité <sup>2</sup>	Modification de l'état général	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
	Inconfort/douleur abdominale	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
	Anorexie	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
	Nausée/vomissement	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
	Fatigue/somnolence	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
	Urine foncée (couleur thé) <sup>3</sup>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
	Selles pâles (blanchâtres)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Ictère – Rash – Prurit	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
Symptômes TB <sup>4</sup>	Toux inhabituelle	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
	Fièvre	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
	Sueurs nocturnes persistantes	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
	Hémoptysie	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
	Perte de poids (kg)												
	Inscrire le poids actuel <sup>5</sup>	kg		kg		kg		kg		kg		kg	
Autres	Prise d'alcool	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
	Échelle de Snellen <sup>6</sup>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
	Test d'Ishihara <sup>6</sup>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Référé au médecin		<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Signature de l'infirmière		Initiales		Initiales		Initiales		Initiales		Initiales		Initiales	
Initiales	Signature et # permis			Initiales	Signature et # permis			Initiales	Signature et # permis				

<sup>1</sup> Si présence de signes/symptômes, les inscrire sur une feuille de notes évolutives, et aviser le médecin.

<sup>2</sup> Hépatotoxicité: Les adultes de plus de 50 ans, les personnes qui consomment de l'alcool chaque jour ou qui sont atteints d'une maladie hépatique chronique ont plus de risque d'hépatotoxicité. Les enfants pourraient présenter des symptômes peu spécifiques : le parent dira qu'il va moins bien depuis quelque temps.

<sup>3</sup> Ne pas confondre avec la couleur orangée de l'urine qui est un effet secondaire attendu de la prise de Rifampicine

<sup>4</sup> Symptômes de TB: L'apparition ou la persistance de symptômes de TB peut évoquer un échec du traitement.

<sup>5</sup> Si changement de poids, faire ajuster la médication.

<sup>6</sup> Si prise d'Éthambutol, faire les tests de l'acuité visuelle (Échelle de Snellen) et la perception des couleurs (Test d'Ishihara) q mois. Consultation avec ophtalmologue si anormal.

# TB active

## Évaluation clinique mensuelle



### ÉVALUATION CLINIQUE MENSUELLE TRAITEMENT TB ACTIVE ET ITL<sup>1</sup>

(Voir effets indésirables des principaux antituberculeux sur la procédure)

Poids initial: \_\_\_\_\_ kg en date du: aaaa / mm / jj

IDENTIFICATION

EMBOSSER ICI LA CARTE DU CSI ou CSTU  
SI NON DISPONIBLE, INSCRIRE LES  
PRENOM, NOM, DATE DE NAISSANCE ET  
NO. DOSSIER

Présence de signes / symptômes <sup>1</sup> (Si anormal, aviser le médecin)		<u>aaaa</u> / <u>mm</u> / <u>jj</u>		<u>aaaa</u> / <u>mm</u> / <u>jj</u>		<u>aaaa</u> / <u>mm</u> / <u>jj</u>		<u>aaaa</u> / <u>mm</u> / <u>jj</u>		<u>aaaa</u> / <u>mm</u> / <u>jj</u>		<u>aaaa</u> / <u>mm</u> / <u>jj</u>	
		Non	Oui	Non	Oui	Non	Oui	Non	Oui	Non	Oui	Non	Oui
Hépatotoxicité <sup>2</sup>	Modification de l'état général	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
	Inconfort/douleur abdominale	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
	Anorexie	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
	Nausée/vomissement	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
	Fatigue/somnolence	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
	Urine foncée (couleur thé) <sup>3</sup>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
	Selles pâles (blanchâtres)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Ictère – Rash – Prurit	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
Symptômes TB <sup>4</sup>	Toux inhabituelle	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
	Fièvre	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
	Sueurs nocturnes persistantes	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
	Hémoptysie	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
	Perte de poids (kg)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
	Inscrire le poids actuel <sup>5</sup>	ka		ka		ka		ka		ka		ka	
Autres	Prise d'alcool	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
	Échelle de Snellen <sup>6</sup>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
	Test d'Ishihara <sup>6</sup>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Référé au médecin		<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Signature de l'infirmière		Initiales		Initiales		Initiales		Initiales		Initiales		Initiales	
Initiales	Signature et # permis			Initiales	Signature et # permis			Initiales	Signature et # permis				

<sup>1</sup> Si présence de signes/symptômes, les inscrire sur une feuille de notes évolutives, et aviser le médecin.

<sup>2</sup> Hépatotoxicité: Les adultes de plus de 50 ans, les personnes qui consomment de l'alcool chaque jour ou qui sont atteints d'une maladie hépatique chronique ont plus de risque d'hépatotoxicité. Les enfants pourraient présenter des symptômes peu spécifiques : le parent dira qu'il va moins bien depuis quelque temps.

<sup>3</sup> Ne pas confondre avec la couleur orangée de l'urine qui est un effet secondaire attendu de la prise de Rifampicine

<sup>4</sup> Symptômes de TB: L'apparition ou la persistance de symptômes de TB peut évoquer un échec du traitement.

<sup>5</sup> Si changement de poids, faire ajuster la médication.

<sup>6</sup> Si prise d'Éthambutol, faire les tests de l'acuité visuelle (Échelle de Snellen) et la perception des couleurs (Test d'Ishihara) q mois. Consultation avec ophtalmologue si anormal.

# TB active

## Évaluation clinique mensuelle



### ÉVALUATION CLINIQUE MENSUELLE TRAITEMENT TB ACTIVE ET ITL

(Voir effets indésirables des principaux antituberculeux sur la procédure)

Poids initial: \_\_\_\_\_ kg en date du: aaaa / mm / jj

#### IDENTIFICATION

EMBOSSER ICI LA CARTE DU CSI ou CSTU  
SI NON DISPONIBLE, INSCRIRE LES  
PRENOM, NOM, DATE DE NAISSANCE ET  
NO. DOSSIER

Présence de signes / symptômes <sup>1</sup> (Si anormal, aviser le médecin)		<u>aaaa</u> / <u>mm</u> / <u>jj</u>		<u>aaaa</u> / <u>mm</u> / <u>jj</u>		<u>aaaa</u> / <u>mm</u> / <u>jj</u>		<u>aaaa</u> / <u>mm</u> / <u>jj</u>		<u>aaaa</u> / <u>mm</u> / <u>jj</u>		<u>aaaa</u> / <u>mm</u> / <u>jj</u>	
		Non	Oui	Non	Oui	Non	Oui	Non	Oui	Non	Oui	Non	Oui
Hépatotoxicité <sup>2</sup>	Modification de l'état général	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
	Inconfort/douleur abdominale	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
	Anorexie	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
	Nausée/vomissement	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
	Fatigue/somnolence	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
	Urine foncée (couleur thé) <sup>3</sup>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
	Selles pâles (blanchâtres)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Ictère – Rash – Prurit	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
Symptômes TB <sup>4</sup>	Toux inhabituelle	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
	Fièvre	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
	Sueurs nocturnes persistantes	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
	Hémoptysie	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
	Perte de poids (kg)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
	Inscrire le poids actuel <sup>5</sup>	ka		ka		ka		ka		ka		ka	
Autres	Prise d'alcool	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
	Échelle de Snellen <sup>6</sup>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
	Test d'Ishihara <sup>6</sup>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Référé au médecin		<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Signature de l'infirmière		Initiales		Initiales		Initiales		Initiales		Initiales		Initiales	
Initiales	Signature et # permis			Initiales	Signature et # permis			Initiales	Signature et # permis				

<sup>1</sup> Si présence de signes/symptômes, les inscrire sur une feuille de notes évolutives, et aviser le médecin.

<sup>2</sup> Hépatotoxicité: Les adultes de plus de 50 ans, les personnes qui consomment de l'alcool chaque jour ou qui sont atteints d'une maladie hépatique chronique ont plus de risque d'hépatotoxicité. Les enfants pourraient présenter des symptômes peu spécifiques : le parent dira qu'il va moins bien depuis quelque temps.

<sup>3</sup> Ne pas confondre avec la couleur orangée de l'urine qui est un effet secondaire attendu de la prise de Rifampicine























<sup>4</sup> Symptômes de TB: L'apparition ou la persistance de symptômes de TB peut évoquer un échec du traitement.

<sup>5</sup> Si changement de poids, faire ajuster la médication.

<sup>6</sup> Si prise d'Éthambutol, faire les tests de l'acuité visuelle (Échelle de Snellen) et la perception des couleurs (Test d'Ishihara) q mois. Consultation avec ophtalmologue si anormal.

# TB active


## Issue de traitement

TB active		
<b>Déclaration MADO</b>		1 <sup>ère</sup> diffusion Mise à jour
Déclaration MADO 		2013-03
Déclaration MADO – Version dynamique 		2013-03
<b>Annexe 4</b>		
Annexe 4 		2017-06-07
<b>Identification des contacts d'un cas de TB active</b>		
Procédure - Identification des contacts d'un cas de TB active 		2019-01
Identification des contacts d'un cas de TB active 		2019-11-25
<b>Contrat d'engagement</b>		
Procédure - Contrat d'engagement relatif au traitement obligatoire 		2018-10-09
Contrat d'engagement relatif au traitement obligatoire 		2018-10-09
<b>Isolement à domicile</b>		
Procédure – Isolement à domicile 		2019-12-18
Isolement à domicile 		2019-06-07
<b>Prescriptions de la médication TB active</b>		
--Chez l'adulte--		
Traitement TB active – Phase 1 - Adulte 		2019-11-29
Traitement TB active – Phase 2 - Adulte 		2019-11-29
--Chez l'enfant--		
Traitement TB active – Phase 1 - Enfant 		2019-11-29
Traitement TB active – Phase 2 - Enfant 		2019-11-29
<b>Protocole de suivi TB active</b>		
Protocole de suivi – TB active 		2019-11-25
<b>Enregistrement de la médication TB active</b>		
Procédure - Enregistrement de la médication TB active 		2019-04-09
Enregistrement de la médication TB active – Phase 1 		2019-11-25
Enregistrement de la médication TB active – Phase 2 		2019-11-25
<b>Évaluation clinique mensuelle</b>		
Procédure - Évaluation clinique mensuelle 		2019-02-28
Évaluation clinique mensuelle 		2019-02-28
<b>Issue de traitement</b>		
Issue de traitement 		2018-11
<b>Suivi clinico-radiologique</b>		
Guide de suivi clinico-radiologique 		2019-12-18
Évaluation clinique du suivi clinico-radiologique 		2019-12-18

# TB active

## Issue de traitement

- ◆ = outil de SP
- ◆ Le faire parvenir à la DSPu
- ◆ Récapitule toute l'information du cas nécessaire à la mise à jour du fichier provincial SI-PMI.



**ISSUE DE TRAITEMENT  
D'UN CAS DE TUBERCULOSE ACTIVE**

Statut du cas TB  Confirmé  Probable

Date du diagnostic<sup>1</sup> \_\_\_\_/\_\_\_\_/\_\_\_\_ (AAAA/MM/JJ)

Radiographie pulmonaire initiale :  
Date : \_\_\_\_/\_\_\_\_/\_\_\_\_ (AAAA/MM/JJ)

Test de dépistage du VIH effectué suite au diagnostic :  Oui  Non  Déjà connu positif  Refusé par patient  
Date de prélèvement : \_\_\_\_/\_\_\_\_/\_\_\_\_ (AAAA/MM/JJ)

Date de début de traitement : \_\_\_\_/\_\_\_\_/\_\_\_\_ (AAAA/MM/JJ)  
Date dernier jour de traitement : \_\_\_\_/\_\_\_\_/\_\_\_\_ (AAAA/MM/JJ).

Phase initiale :  
Médicaments prescrits (cocher) :  INH  RIF  EMB  PZA  Autre : \_\_\_\_\_  
Nombre de doses prises pour chacun

Phase de continuation :  
Médicaments prescrits (cocher) :  INH  RIF  EMB  PZA  Autre : \_\_\_\_\_  
Nombre de doses prises pour chacun

Durée de prise au total pour chacun (en mois)  
Apparition d'une résistance (Oui/Non)

Principale modalité de traitement (un seul choix):  TOD (thérapie sous observance directe)  
 Auto-administration quotidienne  
 Autre : (préciser) \_\_\_\_\_

Taux d'observance estimé (% de doses prises) :  100 %  80 – 99 %  50 – 79 %  < 50 %

Négativisation des frottis (date du 1<sup>er</sup> frottis négatif d'une série de trois) : Date : \_\_\_\_/\_\_\_\_/\_\_\_\_ (AAAA/MM/JJ)  
Négativisation des cultures (date de 1<sup>ère</sup> culture négative de la 1<sup>ère</sup> série de cultures négatives de façon définitive) :  
Date : \_\_\_\_/\_\_\_\_/\_\_\_\_ (AAAA/MM/JJ)

Issue du traitement (cocher un seul choix):

<input type="checkbox"/> Guérison (cultures négatives objectivées)	<input type="checkbox"/> Transfert dans une autre région – résultat du traitement inconnu
<input type="checkbox"/> Traitement complété (sans cultures négatives objectivées)	<input type="checkbox"/> Échec (culture positive après 4 mois de traitement ou plus)
<input type="checkbox"/> Décès avant ou durant le traitement. Date : ____/____/____ (AAAA/MM/JJ)	<input type="checkbox"/> Abandon (cas perdu de vue avant d'avoir reçu 80 % des doses)
<input type="checkbox"/> la TB est la cause du décès	<input type="checkbox"/> Autre (préciser) : _____
<input type="checkbox"/> la TB a contribué au décès sans le causer	
<input type="checkbox"/> la TB n'a pas contribué au décès	
<input type="checkbox"/> Traitement discontinué dû à un événement défavorable	

Signature MD: \_\_\_\_\_ Date : \_\_\_\_/\_\_\_\_/\_\_\_\_ (AAAA/MM/JJ)

IDENTIFICATION

EMBOSSER ICI LA CARTE DU CSI ou CSTU  
SI NON DISPONIBLE, INSCRIRE LES  
PRÉNOM, NOM, DATE DE NAISSANCE ET  
NO. DOSSIER

<sup>1</sup> Date à laquelle la TB a été diagnostiquée par le médecin; si inconnue, date selon la première éventualité, soit a) date du premier frottis positif, b) date d'un premier rapport de culture positive c) ou d'un TAAN positif d) date de début du traitement.

# TB active

## Issue de traitement

- ◆ Statut du cas et date de dg
- ◆ Bactéριο
- ◆ RXP initiale
- ◆ VIH
- ◆ Informations sur le Rx
- ◆ Négativisation des frottis et cultures
- ◆ Issue du Rx

ISSUE DE TRAITEMENT D'UN CAS DE TUBERCULOSE ACTIVE		IDENTIFICATION							
Statut du cas TB <input type="checkbox"/> Confirmé <input type="checkbox"/> Probable Date du diagnostic <sup>1</sup> ____/____/____ (AAAA/MM/JJ)		GeneXpert <input type="checkbox"/> Positif <input type="checkbox"/> Négatif <input type="checkbox"/> Non effectué Frottis initial <input type="checkbox"/> Positif <input type="checkbox"/> Négatif <input type="checkbox"/> Non effectué Culture initiale <input type="checkbox"/> Positif <input type="checkbox"/> Négatif <input type="checkbox"/> Non effectué							
Radiographie pulmonaire initiale : Date : ____/____/____ (AAAA/MM/JJ)		<input type="checkbox"/> Normale <input type="checkbox"/> Anormale, cavaïtare <input type="checkbox"/> Anormale non cavaïtare <input type="checkbox"/> Non effectuée							
Test de dépistage du VIH effectué suite au diagnostic : <input type="checkbox"/> Oui <input type="checkbox"/> Non <input type="checkbox"/> Déjà connu positif <input type="checkbox"/> Refusé par patient Date de prélèvement : ____/____/____ (AAAA/MM/JJ)									
Date de début de traitement : ____/____/____ (AAAA/MM/JJ)		Date dernier jour de traitement : ____/____/____ (AAAA/MM/JJ)							
Phase initiale : Médicaments prescrits (cocher) : <input type="checkbox"/> INH <input type="checkbox"/> RIF <input type="checkbox"/> EMB <input type="checkbox"/> PZA <input type="checkbox"/> Autre : _____ Nombre de doses prises pour chacun		<table border="1"> <tr> <td></td><td></td><td></td><td></td><td></td> </tr> </table>							
Phase de continuation : Médicaments prescrits (cocher) : <input type="checkbox"/> INH <input type="checkbox"/> RIF <input type="checkbox"/> EMB <input type="checkbox"/> PZA <input type="checkbox"/> Autre : _____ Nombre de doses prises pour chacun		<table border="1"> <tr> <td></td><td></td><td></td><td></td><td></td> </tr> </table>							
Durée de prise au total pour chacun (en mois) Apparition d'une résistance (Oui/Non)		<table border="1"> <tr> <td></td><td></td><td></td><td></td><td></td> </tr> </table>							
Principale modalité de traitement (un seul choix) :		<input type="checkbox"/> TOD (thérapie sous observance directe) <input type="checkbox"/> Auto-administration quotidienne <input type="checkbox"/> Autre : (préciser) _____							
Taux d'observance estimé (% de doses prises) :		<input type="checkbox"/> 100 % <input type="checkbox"/> 80 – 99 % <input type="checkbox"/> 50 – 79 % <input type="checkbox"/> < 50 %							
Négativisation des frottis (date du 1 <sup>er</sup> frottis négatif d'une série de trois) : Date : ____/____/____ (AAAA/MM/JJ)		Négativisation des cultures (date de 1 <sup>ère</sup> culture négative de la 1 <sup>ère</sup> série de cultures négatives de façon définitive) : Date : ____/____/____ (AAAA/MM/JJ)							
Issue du traitement (cocher un seul choix):									
<input type="checkbox"/> Guérison (cultures négatives objectivées) <input type="checkbox"/> Traitement complété (sans cultures négatives objectivées) <input type="checkbox"/> Décès avant ou durant le traitement. Date : ____/____/____ (AAAA/MM/JJ) <input type="checkbox"/> la TB est la cause du décès <input type="checkbox"/> la TB a contribué au décès sans le causer <input type="checkbox"/> la TB n'a pas contribué au décès <input type="checkbox"/> Traitement discontinué dû à un événement défavorable		<input type="checkbox"/> Transfert dans une autre région – résultat du traitement inconnu <input type="checkbox"/> Échec (culture positive après 4 mois de traitement ou plus) <input type="checkbox"/> Abandon (cas perdu de vue avant d'avoir reçu 80 % des doses) <input type="checkbox"/> Autre (préciser) : _____							
Signature MD: _____		Date : ____/____/____ (AAAA/MM/JJ)							

<sup>1</sup> Date à laquelle la TB a été diagnostiquée par le médecin; si inconnue, date selon la première éventualité, soit a) date du premier frottis positif, b) date d'un premier rapport de culture positive c) ou d'un TAAN positif d) date de début du traitement.

# TB active

## Suivi clinico-radiologique

TB active		
<b>Déclaration MADO</b>		1 <sup>ère</sup> diffusion
Déclaration MADO		Mise à jour
Déclaration MADO – Version dynamique		2013-03
		2013-03
<b>Annexe 4</b>		
Annexe 4		2017-06-07
<b>Identification des contacts d'un cas de TB active</b>		
Procédure - Identification des contacts d'un cas de TB active		2019-01
Identification des contacts d'un cas de TB active		2019-11-25
<b>Contrat d'engagement</b>		
Procédure - Contrat d'engagement relatif au traitement obligatoire		2018-10-09
Contrat d'engagement relatif au traitement obligatoire		2018-10-09
<b>Isolement à domicile</b>		
Procédure – Isolement à domicile		2019-12-18
Isolement à domicile		2019-06-07
<b>Prescriptions de la médication TB active</b>		
--Chez l'adulte--		
Traitement TB active – Phase 1 - Adulte		2019-11-29
Traitement TB active – Phase 2 - Adulte		2019-11-29
--Chez l'enfant--		
Traitement TB active – Phase 1 - Enfant		2019-11-29
Traitement TB active – Phase 2 - Enfant		2019-11-29
<b>Protocole de suivi TB active</b>		
Protocole de suivi – TB active		2019-11-25
<b>Enregistrement de la médication TB active</b>		
Procédure - Enregistrement de la médication TB active		2019-04-09
Enregistrement de la médication TB active – Phase 1		2019-11-25
Enregistrement de la médication TB active – Phase 2		2019-11-25
<b>Évaluation clinique mensuelle</b>		
Procédure - Évaluation clinique mensuelle		2019-02-28
Évaluation clinique mensuelle		2019-02-28
<b>Issue de traitement</b>		
Issue de traitement		2018-11
<b>Suivi clinico-radiologique</b>		
Guide de suivi clinico-radiologique		2019-12-18
Évaluation clinique du suivi clinico-radiologique		2019-12-18



# TB active

## Suivi clinico-radiologique – Guide de SCR



Centre de Santé et Services Sociaux Inuitisavik  
Inuitisavik Health & Social Services Centre  
Puvionnaq, Québec, J0M 1P9  
T 819 986-2957 / F 819 986-2796



ᐃᓄᓄᓄ ᐃᓄᓄᓄ ᐃᓄᓄᓄ  
INUVIK HEALTH CENTRE  
CENTRE DE SANTÉ TULATTAVIK DE L'INUVIK

IDENTIFICATION

EMBOSSER ICI LA CARTE DU CSI ou CSTU  
SI NON DISPONIBLE, INSCRIRE LES  
PRÉNOM, NOM, DATE DE NAISSANCE ET

### GUIDE DE SUIVI CLINICO-RADIOLOGIQUE

TB active → 2 types de SCR :

- ◆ TB frottis positifs ou cavitaire : x 5 ans
- ◆ TB frottis négatifs ou non cavitaire : x 2 ans


<input type="checkbox"/> Prophylaxie considérée acceptable	prophylaxie	aaaa/mm/jj																		
<input type="checkbox"/> Prophylaxie optimale	Aucun suivi nécessaire																			
<b>Exposition à un cas de TB pulmonaire à frottis positifs (Contacts à priorité élevée selon avis de la santé publique)</b>																				
<input type="checkbox"/> TB active ancienne OU ITL déjà traitée	q 6 mois X 2 ans, puis q 12 mois X 3 ans	Date de réexposition	aaaa/mm/jj																	
<b>Suivi post fin de traitement TB active</b>																				
<input type="checkbox"/> TB active <u>confirmée</u> cavitaire OU à frottis positifs	q 6 mois X 2 ans, puis q 12 mois X 3 ans	Date de fin de traitement	aaaa/mm/jj																	
<input type="checkbox"/> TB active non cavitaire <b>ET</b> à frottis négatifs (confirmée ou probable)	q 6 mois X 2 ans	Date de fin de traitement	aaaa/mm/jj																	

Signature du médecin: \_\_\_\_\_ Numéro de permis: \_\_\_\_\_ Date : aaaa/mm/jj


Régime	Prophylaxie inadéquate	Prophylaxie considérée acceptable	Prophylaxie optimale
Rifampicine	• < 90 doses ou > 4.5 mois pour 90 doses ou > 6 mois pour 120 doses	• De 90 à 120 doses – Voir courbe de compliance (DRSP/TB ITL-COURBE-Rifampicine)	• 120 doses prises sur 120 jours consécutifs
Isoniazide (INH)	• < 180 doses – auto administré (AA) • < 62 doses INH en TOD	• Régime 6 mois = 180 doses AA sur 9 mois (270 jours) • Régime 9 mois = 270 doses AA sur 13,5 mois (405 jours) • INH TOD: ≥ 62 doses 2 fois semaine sur 9 mois (270 jours) max.	• 270 doses AA sur 9 mois • 78 doses INH en TOD 2 fois semaine

# TB active

## Évaluation clinique du SCR



Centre de Santé et Services Sociaux Inuitvik  
Inuitvik Health & Social Services Centre  
Puvirnua, Québec J0M 1P0  
T 019 988-2957 / F 019 988-2796



ᑭᓄᓄᓄ ᑭᓄᓄᓄ  
SINGAWA TUKATIAVIK HEALTH CENTER  
CENTRE DE SANTÉ TUKATIAVIK DE L'UNGWA

EMBOSSER ICI LA CARTE DU CSI OU CSIS,  
SI NON DISPONIBLE, INSCRIRE LE NOM, PRÉNOM,  
DATE DE NAISSANCE ET NUMÉRO DOSSIER  
EMBOSS HERE THE CARD OF IHC OR UTHIC,  
IF NOT AVAILABLE, WRITE THE NAME, SURNAME,  
DATE OF BIRTH AND FILE NUMBER.

**TUBERCULOSE**

**SUIVI CLINICO-RADIOLOGIQUE STANDARD**

**ÉVALUATION CLINIQUE ET CONDUITE MÉDICALE**

Date du TCT significatif : aaaa/mm/jj Résultat :     mm Poids initial :     kg en date du : aaaa/mm/jj

**RAISON DU SUIVI**

Infection tuberculeuse latente non ou inadéquatement traitée

Prophylaxie considérée acceptable

Contact étroit d'un cas de TB active à frottis positif - Date du dernier contact :     aaaa/mm/jj

Suivi post fin de traitement de TB active

ÉVALUATION CLINIQUE <sup>1</sup>	Date prévue <sup>2</sup>	aa/mm/jj	aa/mm/jj	aa/mm/jj	aa/mm/jj	aa/mm/jj	aa/mm/jj	aa/mm/jj
	Date réelle <sup>3</sup>	aa/mm/jj	aa/mm/jj	aa/mm/jj	aa/mm/jj	aa/mm/jj	aa/mm/jj	aa/mm/jj
Toux inhabituelle ≥ 3 sem.								
Hémoptysie								
Sueurs nocturnes								
Fièvre persistante								
Poids		kg	kg	kg	kg	kg	kg	kg
Rappel sur l'auto-vigilance <sup>4</sup>								
Signature de l'infirmière								
CONDUITE MÉDICALE	Date de la RXP	aa/mm/jj	aa/mm/jj	aa/mm/jj	aa/mm/jj	aa/mm/jj	aa/mm/jj	aa/mm/jj
	RXP normale Continuer SCR idem	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
	RXP anormale Continuer SCR idem	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
	RXP anormale Se référer à note médicale	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
	Suivi additionnel demandé <sup>5</sup>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Signature du médecin								

<sup>1</sup> À compléter par l'infirmière avant le RXP. Indiquer si oui ou non le symptôme est présent. Informer le Md si présence de symptômes de TB active et l'indiquer sur la requête de radiologie dans la section « Commentaires ».

<sup>2</sup> Selon l'information complétée par le médecin dans le [GUIDE DE SUIVI CLINICO-RADIOLOGIQUE](#) du patient.

<sup>3</sup> Si retard dans le suivi clinico-radiologique, le faire maintenant. Puis si intervalle ≤ 3 mois avec le prochain suivi clinico-radiologique prévu, annuler ce dernier et maintenir les suivants tels que déjà cédulés.

<sup>4</sup> Encourager la consultation précoce advenant le développement de symptômes suggestifs de TB active.

<sup>5</sup> Si suivi additionnel demandé par le médecin, se référer à l'outil [SUIVI CLINICO-RADIOLOGIQUE ADDITIONNEL](#).

(DRSP-TB\_TB-ACT-ITL\_SCR-STANDARD, V2020-10-01)

