



Centre de Santé et Services Sociaux Inuulitsivik  
 Inuulitsivik Health & Social Services Centre  
 Puvirnituq, Québec J0M 1P0  
 T 819 988-2957 / F 819 988-2796  
 ᐅᓄᓄᓄ ᐅᓄᓄᓄ ᐅᓄᓄᓄᓄᓄᓄᓄᓄ  
 UNGAVA TULATTAVIK HEALTH CENTER  
 CENTRE DE SANTÉ TULATTAVIK DE L'UNGAVA

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

**Programme de Tuberculose**  
**Prescription médicale**

**TRAITEMENT INFECTION  
 TUBERCULEUSE LATENTE - ISONIAZIDE TOD**

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

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

Centre de santé Inuulitsivik		Centre de santé Tulattavik de l'Ungava	
<input type="checkbox"/> Salluit 819 255-9090 <input type="checkbox"/> Ivujivik 819 922-9090 <input type="checkbox"/> Akullivik 819 496-9090 <input type="checkbox"/> Inukjuak 819 254-9090 <input type="checkbox"/> Umiujaq 819 331-9090 <input type="checkbox"/> Kuujuarapik 819 929-9090	<input type="checkbox"/> <b>PHARMACIE VOYER, MONTRÉAL</b> Tél. : 1 877 426-0406 Télécopieur : 1 877 426-0546 <a href="mailto:pharmacie.voyer.csi@ssss.gouv.qc.ca">pharmacie.voyer.csi@ssss.gouv.qc.ca</a>	<input type="checkbox"/> Kangiqsualujuaq 819 337-9090 <input type="checkbox"/> Kuujuaq 819 964-2905 <input type="checkbox"/> Aupaluk 819 491-9090 <input type="checkbox"/> Kangirsuk 819 935-9090 <input type="checkbox"/> Quaqaq 819 492-9090 <input type="checkbox"/> Kangiqsujuaq 819 338-9090 <input type="checkbox"/> Tasiujaq 819 633-9090	<input type="checkbox"/> <b>PHARMACIE TULATTAVIK, KUUJJUAQ</b> Tél. : 819 964-2905 # 201/277 Fax : 819 964-0035 <a href="mailto:pharmacy.kuujuaq@ssss.gouv.qc.ca">pharmacy.kuujuaq@ssss.gouv.qc.ca</a>
<input type="checkbox"/> Puvirnituq 819 988-9090	<input type="checkbox"/> <b>PHARMACIE INUULITSIVIK, PUVIRNITUQ</b> Tél. : 819 988-2957 #263 Fax : 819 988-2551 <a href="mailto:pharmacie.pov@ssss.gouv.qc.ca">pharmacie.pov@ssss.gouv.qc.ca</a>		