



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 ᐅᓄᓄᓄ ᐅᓄᓄᓄ
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,

CONTACT TUBERCULOSE ACTIVE 2 – 4 ANS
PROTOCOLE DE SUIVI – ORDONNANCE MÉDICALE
STANDARD 3HP (Rifapentine et Isoniazide) • PÉRIODE-FENÊTRE

But : Uniformiser la prise en charge des enfants de 2 à 4 ans ayant été en contact avec un cas de tuberculose (TB) active et assurer le suivi selon la prescription médicale par les différents professionnels de la santé concernés durant la période-fenêtre.

Objectifs :

- a) S’assurer d’une prophylaxie optimale de l’ITL afin de prévenir l’apparition d’une tuberculose active.
- b) Détecter précocement les événements indésirables et assurer leur prise en charge.
- c) Identifier rapidement les problèmes d’observance et offrir le soutien approprié.

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

Notes: → Pour rejoindre les médecins répondants en pneumologie :

- Pneumologue pédiatrique : écrire à Zofia Zysman-Colman zofia.zysman-colman.med@ssss.gouv.qc.ca ou à MCHTB MCHTB@MUHC.MCGILL.CA
- Pneumologue pédiatrique de garde au MCH : **514 934-1934**.

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

Notes importantes: - Toute prescription médicale individuelle a préséance sur le suivi « Standard » décrit dans cette procédure.
- Un pneumologue pédiatrique devrait systématiquement être impliqué dans la prise en charge des enfants de < 5 ans en cas de suspicion d’une TB active.

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 et révisé par :	Dre Valérie Messier, Dre Julie Desjardins et Dre Geneviève Auclair, médecins conseils en maladies infectieuses, DSPu du Nunavik, RRSSSN, ainsi que Jessica Trahan, Vanessa Bérubé et Aurélie Heurtebize, conseillères en maladies infectieuses, DSPu du Nunavik, RRSSSN
Consultant :	Dre Zofia Zysman-Colman, pneumologue pédiatrique, MCH
Approuvé par :	Comité exécutif du CMDPSF du CSI le 2024-04 Comité exécutif du CMDPSF du CSTU le 2024-04

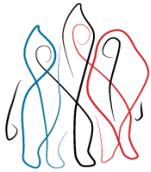


EMBOSSER ICI LA CARTE DU CSI OU CSTU,
SI NON DISPONIBLE, INSCRIRE LES NOM, PRÉNOM,
DATE DE NAISSANCE ET NUMÉRO DOSSIER

CONTACT TUBERCULOSE ACTIVE 2 – 4 ANS
PROTOCOLE DE SUIVI – ORDONNANCE MÉDICALE
STANDARD 3HP (Rifapentine et Isoniazide) • PÉRIODE-FENÊTRE

Temps	Suivi	Interventions et Investigations	Date et Signature
<p>Pré-traitement</p> <p>____/____/____ AA/ MM/ JJ</p>	<p>MD</p>	<p>Avant de prescrire 3HP-période fenêtre:</p> <ul style="list-style-type: none"> <input type="checkbox"/> Valider que l'enfant est âgé entre 2 et 4 ans (minimum 10 kg) et vérifier la courbe de croissance jointe au dossier <input type="checkbox"/> S'assurer qu'il n'y a aucune allergie ni effets secondaires graves connus (hépatotoxicité, hypersensibilité, thrombocytopenie) à isoniazide (INH), rifapentine (RPT) ou rifampicine (RIF) <input type="checkbox"/> Éliminer diagnostic de TB active (RXP et examen clinique normaux) <input type="checkbox"/> Si un traitement de plus de 12 semaines est envisagé en raison d'une période fenêtrée prolongée (ex. contact domiciliaire d'un cas actif isolé à domicile), la prophylaxie avec la rifampicine est recommandée. <p>Vérifier si :</p> <ol style="list-style-type: none"> 1. TB active antérieure: <input type="checkbox"/> Oui <input type="checkbox"/> Non 2. Antécédents d'anomalies hépatiques (AST-ALT ≥ 3 fois la normale) ou de porphyrie: <input type="checkbox"/> Oui <input type="checkbox"/> Non 3. Cas index résistant à la RIF ou à l'INH¹: <input type="checkbox"/> Oui <input type="checkbox"/> Non <p>Note: Si Oui à 1, 2 ou 3: consulter le pneumologue pédiatrique. Si Non à 1, 2 et 3, débuter le traitement 3HP-Période fenêtrée (DSPu-TB_ITL_PRESC-MED-3HP-FENETRE)</p> <ul style="list-style-type: none"> <input type="checkbox"/> Prescrire bilan initial: bilan hépatique, créat, FSC <input type="checkbox"/> Prescrire bilan de suivi mensuel PRN²: Bilan hépatique, créat, FSC <input type="checkbox"/> Vérifier avec pharmacien si interactions médicamenteuses (ex.: Dilantin) (DSPu-TB_INTERACTIONS_MED) <input type="checkbox"/> Prévoir dosage de médication (ex.: dilantinémie) en cours de traitement si requis 	<p>_____ Signature AA/ MM/ JJ</p>
<p>1^{er} jour / date du début du Tx</p> <p>____/____/____ AA/ MM/ JJ</p>	<p>Inf.</p>	<p>Avant de débiter 3HP:</p> <ul style="list-style-type: none"> <input type="checkbox"/> S'assurer de l'absence de symptômes suggestifs de tuberculose active. Si présence de symptômes, demander avis médical STAT <input type="checkbox"/> Prendre le poids et l'inscrire sur la courbe de croissance <input type="checkbox"/> Faire l'enseignement au parent / tuteur (traitement, observance, effets secondaires) <p>Selon prescription médicale:</p> <ul style="list-style-type: none"> <input type="checkbox"/> Prélever bilan hépatique, créat, FSC <input type="checkbox"/> Débiter 3HP et compléter les formulaires de suivi : <ul style="list-style-type: none"> - Enregistrement de la médication DSPu-TB_ITL_ENREG-MED-ITL-3HP-TOD - Évaluation clinique avant chaque dose administrée DPu-TB_ITL_EVAL-CLIN-HEBDO-3HP 	<p>_____ Signature AA/ MM/ JJ</p>

Signature du MD : _____ N° permis : _____ Date : ____/____/____



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

CONTACT TUBERCULOSE ACTIVE 2 – 4 ANS
PROTOCOLE DE SUIVI – ORDONNANCE MÉDICALE
STANDARD 3HP (Rifapentine et Isoniazide) • PÉRIODE-FENÊTRE

Temps	Suivi	Interventions et Investigations	Date et Signature
Fin du 1 ^{er} mois de Tx AA/ MM/ JJ	Inf.	<p>Suivi mensuel régulier: Si anormal, aviser le médecin</p> <ul style="list-style-type: none"> <input type="checkbox"/> Faire le suivi de la médication DSPu-TB_ITL_ENREG-MED-ITL-3HP-TOD <input type="checkbox"/> Assurer le soutien au patient <input type="checkbox"/> Compléter l'évaluation clinique avant chaque dose DPu-TB_ITL_EVAL-CLIN-HEBDO-3HP <input type="checkbox"/> Sur prescription médicale, prélever bilan hépatique, créat, FSC PRN² 	Signature AA/ MM/ JJ
Fin du 2 ^e mois de Tx OU Fin de la période-fenêtre ⁴ AA/ MM/ JJ	Inf.	<p>Faire TCT³ post-période fenêtre : Voir section 4 de l'évaluation clinique d'un contact avec un cas de TB active DSPu-TB_DETECT-EVAL-CLIN</p> <ul style="list-style-type: none"> <input type="checkbox"/> Si TCT < 5 mm et asymptomatique : aviser le MD et cesser la prophylaxie période-fenêtre sur prescription médicale <input type="checkbox"/> Si TCT ≥ 5 mm ou conversion⁴ ou patient symptomatique : aviser le MD. <p>Lorsque TB active exclue :</p> <ul style="list-style-type: none"> <input type="checkbox"/> Poursuivre le traitement de l'ITL avec le 3HP selon la prescription médicale et le protocole de suivi 3HP en considérant les doses prises jusqu'à maintenant: DSPu-TB_ITL_PRESC-MED-3HP et DSPu-TB_ITL_PROT-SUIVI-3HP <input type="checkbox"/> Sur prescription médicale, prélever bilan hépatique, créat, FSC PRN² <input type="checkbox"/> Acheminer tous les documents complétés concernant la période-fenêtre à la DSPu 	Signature AA/ MM/ JJ
	MD	<ul style="list-style-type: none"> <input type="checkbox"/> Si TCT post-période fenêtre est ≥ 5 mm ou conversion⁵ ou patient symptomatique : évaluation médicale <input type="checkbox"/> Si évaluation médicale anormale, consulter mchtb@muhc.mcgill.ca <input type="checkbox"/> Si TB active exclue : <ul style="list-style-type: none"> <input type="checkbox"/> Prescrire le traitement ITL avec le 3HP DSPu-TB_ITL_PRESC-MED-3HP <input type="checkbox"/> Signer le protocole de suivi 3HP DSPu-TB_ITL_PROT-SUIVI-3HP 	Signature AA/ MM/ JJ

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 Si symptomatique ou bilan de base anormal.

³ La fin de la période-fenêtre correspond à 8 semaines post dernière exposition avec le cas index, ou à 8 semaines après la fin de la période de contagiosité de ce dernier.

⁴ Une conversion correspond à une augmentation de ≥ 6 mm entre le TCT actuel et le TCT antérieur, ou un TCT actuel ≥ 10 mm.