

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

ᐅᐱᕐᕐᕐ ᐅᐱᕐᕐᕐ ᐱᕐᐅᐱᕐᕐᕐ
UNGAVA TULATTAVIK HEALTH CENTER
CENTRE DE SANTÉ TULATTAVIK DE L'UNGAVA

**INFECTION TUBERCULOSE LATENTE
ADULTE ET PÉDIATRIQUE (2 à 65 ans)
PROTOCOLE DE SUIVI – ORDONNANCE
MÉDICALE STANDARD • 3HP (Rifapentine-
Isoniazide) TOD 1x/sem**

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

Résultat de Quantiféron positif le : ____aaaa / ____mm / ____jj (si applicable)

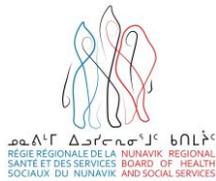
Résultat du TCT: _____ mm Date : ____aaaa / ____mm / ____jj

Valeurs seuils du résultat du TCT et indications de traitement de l'ITL

TCT	Indications de traitement préventif
≥ 5 mm	<input type="checkbox"/> Personne résidant dans un village prioritaire¹ <input type="checkbox"/> Dépistage de masse dans un contexte d'éclosion ET selon la DSPu du Nunavik <input type="checkbox"/> Enfant vacciné au BCG depuis < 24 mois
≥ 5 mm	<input type="checkbox"/> Infection à VIH <input type="checkbox"/> Contact récent avec un cas de tuberculose contagieuse <input type="checkbox"/> Maladie fibronodulaire visible à la radiographie pulmonaire (tuberculose guérie, mais non traitée antérieurement ou traitée inadéquatement) <input type="checkbox"/> Greffe d'organe (associée à un traitement immunosuppresseur) <input type="checkbox"/> Autres médicaments immunosuppresseurs, p. ex. corticoïdes (l'équivalent de ≥ 15 mg/jour de prednisone pendant 1 mois ou plus; le risque de tuberculose active augmente avec la dose et la durée du traitement) <input type="checkbox"/> Insuffisance rénale nécessitant une hémodialyse <input type="checkbox"/> Prise d'inhibiteurs du facteur de nécrose tumorale alpha [TNFα],
≥ 10 mm	<input type="checkbox"/> Personne résidant dans un village non prioritaire selon la DSPu du Nunavik <input type="checkbox"/> Virage dans les 2 dernières années sans exposition connue <input type="checkbox"/> Virage à la suite d'un contact récent, peu importe le délai écoulé entre les 2 TCT <input type="checkbox"/> Autre déficit immunitaire (cancer de la tête et du cou) <input type="checkbox"/> Silicose <input type="checkbox"/> Les personnes de tous âges ayant voyagé au cours des 2 dernières années dans un pays à incidence élevée en tenant compte de la durée de séjour et du type d'activités réalisées <input type="checkbox"/> Les utilisateurs de drogues par injection, séronégatifs pour le VIH • Les travailleurs ou les résidents d'un établissement de santé ou d'un établissement correctionnel • Les travailleurs de refuges pour sans-abri • Les sans-abri qui peuvent être traités dans le cadre d'un traitement préventif sous observation directe <input type="checkbox"/> Tout autre patient considéré comme à risque accru (diabète sucré, insuffisance pondérale, fumeur d'un paquet ou plus par jour)

Signature du MD : _____ N° permis : _____ Date : ____aaaa / ____mm / ____jj

¹ Pour connaître la liste des villages prioritaires établie par la Direction de santé publique, se référer à [Boîte à outils – Tuberculose](#).
(DSPu-TB_ITL_PROT-SUIVI-3HP, V2024-09-03) 2 de 6
DOSSIER CLSC



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

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

**INFECTION TUBERCULOSE LATENTE
ADULTE ET PÉDIATRIQUE (2 à 65 ans)
PROTOCOLE DE SUIVI – ORDONNANCE
MÉDICALE STANDARD • 3HP (Rifapentine-
Isoniazide) TOD 1x/sem**

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	MD	<p>Avant de prescrire 3HP, s'assurer que :</p> <ul style="list-style-type: none"> <input type="checkbox"/> Âge entre 2 et 65 ans (si > 65 ans, évaluer au cas par cas) <input type="checkbox"/> Aucune allergie ni effets secondaires graves connus (hépatotoxicité, hypersensibilité, thrombocytopenie) à isoniazide (INH), rifapentine (RPT) ou rifampicine (RIF) <input type="checkbox"/> RXP récente (< 8 semaines si ITL acquise dans les 24 derniers mois ou < 12 semaines si autre contexte) <input type="checkbox"/> Si prélèvements bactériologiques demandés: Tous les résultats (frottis et cultures) sont négatifs (sauf avis contraire du pneumologue consulté) <input type="checkbox"/> Si femme en âge de procréer: β-hCG urinaire négatif et sans désir de grossesse à court terme (12 à 16 semaines) <input type="checkbox"/> Si grossesse récente: ≥ 3 mois post-partum et sans allaitement en cours <p>Vérifier également si:</p> <ul 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'INH²: <input type="checkbox"/> Oui <input type="checkbox"/> Non <p>Note: Si Oui à 1, 2 ou 3: consulter le pneumologue adulte ou pédiatrique Si Non à 1, 2 et 3, débuter le traitement ITL (ITL_PRESC-MED-3HP)</p> <p>Prescrire :</p> <ul style="list-style-type: none"> <input type="checkbox"/> Bilan initial: <input type="checkbox"/> Bilan hépatique, créat, FSC <input type="checkbox"/> VIH³ (consentement verbal) <input type="checkbox"/> Syphilis⁴ <input type="checkbox"/> Bilan de suivi fin du 1^{er} mois de Tx : Bilan hépatique si patient ≥ 12 ans <input type="checkbox"/> Bilan de suivi mensuel PRN⁵ : Bilan hépatique, créat, FSC <input type="checkbox"/> β-hCG urinaire⁶ initial et mensuel <p>Autre :</p> <ul style="list-style-type: none"> <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 prn <input type="checkbox"/> Counseling contraception: si contraceptifs oraux ou hormonaux, privilégier l'ajout d'une méthode contraceptive de type barrière (condom) 	<p>Signature</p> <p>AA/ MM/ JJ</p>

Signature du MD : _____ N° permis : _____ Date : aaaa/mm/jj

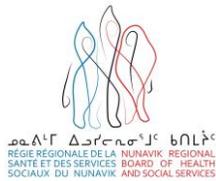
² Si l'antibiogramme chez le cas index n'est pas connu au moment de prescrire le traitement préventif, assurez-vous d'ajuster le régime de l'usager dès qu'une résistance au traitement antituberculeux prescrit est confirmée.

³ Le VIH est un facteur de risque important associé à la progression de l'infection tuberculeuse latente vers la tuberculose active.

⁴ Proposer un dépistage opportuniste de la syphilis chez les ≥ 14 ans.

⁵ À faire si symptomatique **OU** bilan de base anormal **OU** ≥ 50 ans **OU** si présence d'une des conditions suivantes : cirrhose ou hépatite chronique toutes causes confondues, hépatite C, hépatite B, consommation chronique ou abusive d'alcool, prise d'autres médicaments hépatotoxiques, antécédents d'hépatite provoquée par des médicaments..

⁶ Si suspicion de grossesse (relations sexuelles non protégées, retard menstruel, symptômes de grossesse, etc.), aviser médecin.



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

ᐅᐱᕐᕐᕐ ᐅᐱᕐᕐᕐ ᐅᐱᕐᕐᕐ
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

**INFECTION TUBERCULOSE LATENTE
ADULTE ET PÉDIATRIQUE (2 à 65 ans)
PROTOCOLE DE SUIVI – ORDONNANCE
MÉDICALE STANDARD • 3HP (Rifapentine-
Isoniazide) TOD 1x/sem**

Temps*	Suivi	Interventions et Investigations	Date et Signature
1 ^{er} jour / date du début du Tx AA/ MM/ JJ	Inf.	<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 avant de débiter le traitement. <input type="checkbox"/> Prendre la tension artérielle et le poids (ITL_EVAL-CLIN-HEBDO-3HP) <input type="checkbox"/> Débiter 3HP selon prescription médicale <input type="checkbox"/> Enseignement à la clientèle (traitement, observance, effets secondaires) <input type="checkbox"/> Prévoir formulaires de suivi: <ul style="list-style-type: none"> <input type="checkbox"/> Enregistrement de la médication (ITL_ENREG-MED-3HP) <input type="checkbox"/> Évaluation clinique à chaque dose administrée (ITL_EVAL-CLIN-HEBDO-3HP) <input type="checkbox"/> Selon prescription médicale : <ul style="list-style-type: none"> <input type="checkbox"/> Faire bilan initial : <input type="checkbox"/> Bilan hépatique, créat, FSC <input type="checkbox"/> VIH³ <input type="checkbox"/> Syphilis⁴ <input type="checkbox"/> Faire β-hCG urinaire⁷ 	Signature AA/ MM/ JJ
Fin de la 4 ^e semaine de Tx AA/ MM/ JJ	Inf.	<ul style="list-style-type: none"> <input type="checkbox"/> Suivi mensuel régulier: Si anormal, aviser le médecin <ul style="list-style-type: none"> <input type="checkbox"/> Suivi de la médication et soutien au client (ITL_ENREG-MED-3HP) <input type="checkbox"/> Évaluation clinique à chaque dose administrée (ITL_EVAL-CLIN-HEBDO-3HP) <input type="checkbox"/> Selon prescription médicale : <ul style="list-style-type: none"> <input type="checkbox"/> Faire de suivi mensuel PRN : bilan hépatique, créat, FSC. <input type="checkbox"/> Faire β-hCG urinaire⁷ 	Signature AA/ MM/ JJ
Fin de la 8 ^e semaine de Tx AA/ MM/ JJ	Inf.	<ul style="list-style-type: none"> <input type="checkbox"/> Suivi mensuel régulier: Si anormal, aviser le médecin <ul style="list-style-type: none"> <input type="checkbox"/> Suivi de la médication / soutien au client (ITL_ENREG-MED-3HP) <input type="checkbox"/> Évaluation clinique à chaque dose administrée (ITL_EVAL-CLIN-HEBDO-3HP) <input type="checkbox"/> Selon prescription médicale : <ul style="list-style-type: none"> <input type="checkbox"/> Faire de suivi mensuel PRN : bilan hépatique, créat, FSC. <input type="checkbox"/> Faire β-hCG urinaire⁷ 	Signature AA/ MM/ JJ

*NOTE: Appliquer les interventions de *Fin de traitement* si le traitement prend fin avant la 12^e semaine.

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

⁷ Si suspicion de grossesse (relations sexuelles non protégées, retard menstruel, symptômes de grossesse, etc.), attendre avant de donner la dose et aviser médecin.



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

ᐅᐱᕐᕋᕐ ᐅᐱᕐᕋᕐ ᐱᕐᐅᐱᕐᕋᕐ
 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

**INFECTION TUBERCULOSE LATENTE
 ADULTE ET PÉDIATRIQUE (2 à 65 ans)
 PROTOCOLE DE SUIVI – ORDONNANCE
 MÉDICALE STANDARD • 3HP (Rifapentine-
 Isoniazide) TOD 1x/sem**

Temps	Suivi	Interventions et Investigations	Date et Signature
Fin de Tx (12 ^e semaine) AA/ MM/ JJ	MD	<input type="checkbox"/> Documenter l'observance et la fin de traitement <input type="checkbox"/> Compléter et signer le <i>Guide de suivi clinico-radiologique</i> en post fin de traitement (<i>TB-ACT-ITL_GUIDE-SCR</i>) <input type="checkbox"/> Mettre à jour la liste des problèmes (antécédents) au dossier patient	Signature AA/ MM/ JJ
	Inf.	<input type="checkbox"/> Suivi mensuel régulier: Si anormal, aviser le médecin <input type="checkbox"/> Suivi de la médication / soutien au client (<i>ITL_ENREG-MED-3HP</i>) <input type="checkbox"/> Évaluation clinique à chaque dose administrée (<i>ITL_EVAL-CLIN-HEBDO-3HP</i>) <input type="checkbox"/> Selon prescription médicale : <input type="checkbox"/> Faire de suivi mensuel PRN : bilan hépatique, créat, FSC. <input type="checkbox"/> Faire β-hCG urinaire ⁷ <input type="checkbox"/> Planifier suivi clinico-radiologique selon avis médical inscrit au formulaire <i>Guide de suivi clinico-radiologique</i> (<i>TB-ACT-ITL_GUIDE-SCR</i>) <input type="checkbox"/> Acheminer tous ces documents complétés à la DSPu	Signature AA/ MM/ JJ

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



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

ᐅᐱᐱᐱᐱ ᐅᐱᐱᐱᐱ ᐅᐱᐱᐱᐱ
 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

**INFECTION TUBERCULOSE LATENTE
 ADULTE ET PÉDIATRIQUE (2 à 65 ans)
 PROTOCOLE DE SUIVI – ORDONNANCE
 MÉDICALE STANDARD • 3HP (Rifapentine-
 Isoniazide) TOD 1x/sem**

GUIDE DE SUIVI POUR SEMAINES SUPPLÉMENTAIRES
Retard dans la durée prévue du traitement
 À utiliser si le traitement se prolonge au-delà de 12 semaines. Appliquer les interventions de la ligne *Fin de traitement* si des semaines supplémentaires sont nécessaires pour compléter le traitement. Au-delà de 16 semaines, la prophylaxie est considérée inadéquate si prise de moins de 11 doses.

Temps	Suivi	Interventions et Investigations	Date et Signature
Fin de Tx (12 à 16 semaines) AA/ MM/ JJ	MD	<input type="checkbox"/> Documenter l'observance et la fin de traitement <input type="checkbox"/> Compléter et signer le <i>Guide de suivi clinico-radiologique</i> en fin de traitement (TB-ACT-ITL_GUIDE-SCR) <input type="checkbox"/> Mettre à jour la liste des problèmes (antécédents) au dossier patient	Signature AA/ MM/ JJ
	Inf.	<input type="checkbox"/> Suivi mensuel régulier: Si anormal, aviser le médecin <input type="checkbox"/> Suivi de la médication / soutien au client (ITL_ENREG-MED-3HP) <input type="checkbox"/> Évaluation clinique à chaque dose administrée (ITL_EVAL-CLIN-HEBDO-3HP) <input type="checkbox"/> Selon prescription médicale : <input type="checkbox"/> Faire de suivi mensuel PRN : bilan hépatique, créat, FSC. <input type="checkbox"/> Faire β-hCG urinaire ⁷ <input type="checkbox"/> Planifier suivi clinico-radiologique selon avis médical inscrit au formulaire <i>Guide de suivi clinico-radiologique</i> (TB-ACT-ITL_GUIDE-SCR) <input type="checkbox"/> Acheminer tous ces documents complétés à la DSPu	Signature AA/ MM/ JJ

Signature du MD: _____ N° permis: _____ Date: aaaa / mm / jj