



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



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

## ISSUE DE TRAITEMENT D'UN CAS DE TUBERCULOSE 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 IHC OR UTHC,  
 IF NOT AVAILABLE, WRITE THE NAME, SURNAME,  
 DATE OF BIRTH AND FILE NUMBER

Statut du cas TB  Confirmé  
 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 :  Normale  Anormale, cavitaire  
 Date : \_\_\_\_/\_\_\_\_/\_\_\_\_ (AAAA/MM/JJ)  Anormale non cavitaire  Non effectuée

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 %

Négatation des frottis (date du 1<sup>er</sup> frottis négatif d'une série de trois) : Date : \_\_\_\_/\_\_\_\_/\_\_\_\_ (AAAA/MM/JJ)  
 Négatation 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 : ____/____/____ <input type="checkbox"/> La TB est la cause du décès (AAAA/MM/JJ) <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"/> Abandon (cas perdu de vue avant d'avoir reçu 80 % des doses)
<input type="checkbox"/> Traitement discontinué dû à un évènement défavorable	<input type="checkbox"/> Autre (préciser) : _____

Signature MD : \_\_\_\_\_ Date : \_\_\_\_/\_\_\_\_/\_\_\_\_ (AAAA/MM/JJ)

<sup>1</sup> Date à laquelle la TB active a été diagnostiquée par le médecin; si inconnue, date selon la première éventualité, soit la date : a) du premier frottis positif, b) ou d'un premier rapport de culture positive c) ou d'un TAAN positif d) ou du début du traitement.