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

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 TUBERCULOSE ACTIVE
## Phase initiale - ADULTE

Allergies : ☐ Nil ou Préciser : _____

_____

☐ Grossesse : _____ semaines ☐ Allaitement

Rx

**ADULTE (15 ans et plus)**

Date de prescription : _____ /_____ /_____
AAAA-MM-JJ

Poids : ____kg

***À COMPLÉTER PAR LA PHARMACIE :***

_____ *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*
_____ *mg PO die x 60 doses*

**PHASE INITIALE[1] (PHASE 1)**

1) **Isoniazide (**INH) 5 mg/kg (max. : 300 mg), soit :
2) **Rifampicine** (RIF) 10 mg/kg (10-12 mg/kg) (pas de max.), soit :
3) **Pyrazinamide** (PZA) 20-25 mg/kg[2] (max. : 2 g), soit :
4) **Ethambutol** (EMB) 15-20 mg/kg[2] (max. : 1,6 g), soit :
5) **Pyridoxine** (vit. B6) 1 mg/kg (max. : 25 mg), soit :
6) _____

Signature du médecin : _____

Lettres moulées : _____ Licence # : _____

[1] 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).
[2] La dose soulignée est la dose cible. L'intervalle indiqué est considéré acceptable pour faciliter l'ajustement du dosage en fonction du poids du patient.

*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 | |
|---|---|---|---|
| ☐ *Salluit* 819 255-9090<br>☐ *Ivujivik* 819 922-9090<br>☐ *Akulivik* 819 496-9090<br>☐ *Inukjuak* 819 254-9090<br>☐ *Umiujaq* 819 331-9090<br>☐ *Kuujjuarapik* 819 929-9090 | ☐ **PHARMACIE VOYER, MONTRÉAL**<br>Tél. : 1 877 426-0406<br>Télécopieur : 1 877 426-0546<br>pharmacie.voyer.csi@ssss.gouv.qc.ca | ☐ *Kangiqsualujjuaq* 819 337-9090<br>☐ *Kuujjuaq* 819 964-2905<br>☐ *Aupaluk* 819 491-9090<br>☐ *Kangirsuk* 819 935-9090<br>☐ *Quaqtaq* 819 492-9090<br>☐ *Kangiqsujuaq* 819 338-9090<br>☐ *Tasiujaq* 819 633-9090 | ☐ **PHARMACIE TULATTAVIK, KUUJJUAQ**<br>Tél. : 819 964-2905 # 201/277<br>Fax : 819 964-0035<br>pharmacy.kuujjuaq@ssss.gouv.qc.ca |
| ☐ *Puvirnituq* 819 988-9090 | ☐ **PHARMACIE INUULITSIVIK, PUVIRNITUQ**<br>Tél. : 819 988-2957 #263<br>Fax : 819 988-2551<br>pharmacie.pov@ssss.gouv.qc.ca | | |