Centre intégré universitaire de santé et de services sociaux de la Mauricie-et-du-Centre-du-Québec
Québec

MR60811

Identification de l'usager

Dossier : _____
Nom : _____
Prénom : _____
D.D.N. _____ - _____ - _____
AAAA MM JJ

TABLEAU POUR SUIVI TUBERCULOSE LATENTE INH (ISONIAZIDE) - ADULTE

Date du début de traitement : _____ AAAA-MM-JJ			**Dosage alanine aminotransférase (ALT) et bilirubine**			**Initiales**
	Observance au traitement	**Hépatotoxicité** : anorexie, nausées, vomissements, gêne abdominale, fatigue inexplicable, coloration foncée de l'urine, ictère.	**Réfugié < 35 ans**	**Réfugié 35 à 50 ans**	**Réfugié > 50 ans**	
1 mois Date : AAAA-MM-JJ _____	☐ Oui ☐ Non Spécifier : _____	☐ Oui ☐ Non Spécifier : _____	PRN*	Date : AAAA-MM-JJ _____ ALT:_____ Bilirubine : ____	Date : AAAA-MM-JJ _____ ALT :_____ Bilirubine : ____	
2 mois Date : AAAA-MM-JJ _____	☐ Oui ☐ Non Spécifier : _____	☐ Oui ☐ Non Spécifier : _____	PRN*	PRN*	Date : AAAA-MM-JJ _____ ALT : _____ Bilirubine : ____	
3 mois Date : AAAA-MM-JJ _____	☐ Oui ☐ Non Spécifier : _____	☐ Oui ☐ Non Spécifier : _____	PRN*		Date : AAAA-MM-JJ _____ ALT : _____ Bilirubine : ____	
4 mois Date : AAAA-MM-JJ _____	☐ Oui ☐ Non Spécifier : _____	☐ Oui ☐ Non Spécifier : _____	PRN*	PRN*	Date : AAAA-MM-JJ _____ ALT : _____ Bilirubine : ____	

Nom : Prénom : N° dossier :

6 mois Date : AAAA-MM-JJ _____	☐ Oui ☐ Non Spécifier : _____	☐ Oui ☐ Non Spécifier : _____	PRN*		Date : AAAA-MM-JJ _____ ALT : _____ Bilirubine : ____	
7 mois Date : AAAA-MM-JJ _____	☐ Oui ☐ Non Spécifier : _____	☐ Oui ☐ Non Spécifier : _____	PRN*	PRN*		
8 mois Date : AAAA-MM-JJ _____	☐ Oui ☐ Non Spécifier : _____	☐ Oui ☐ Non Spécifier : _____	PRN*	PRN*		
9 mois Date : AAAA-MM-JJ _____	☐ Oui ☐ Non Spécifier : _____	☐ Oui ☐ Non Spécifier : _____	PRN*			

***Si suspicion clinique d'hépatopathie**

- En présence de signes ou symptômes d'hépatotoxicité : cesser le traitement d'Isoniazide, aviser le médecin traitant et doser l'ALT et la bilirubine.
- En présence d'une analyse sanguine anormale, consulter **l'annexe 2 de l'ordonnance collective OC-22-027** ***Initier des mesures diagnostiques et en assurer le suivi dans le cadre de la clinique des réfugiés*** pour connaitre la marche à suivre et effectuer le suivi avec le médecin traitant.

Notes complémentaires et signatures :

_____
_____
_____
_____
_____
_____
_____
_____
_____
_____
_____

Centre intégré universitaire de santé et de services sociaux de la Mauricie-et-du-Centre-du-Québec
Québec

MR60811

Identification de l'usager
Dossier : _____
Nom : _____
Prénom : _____
D.D.N. _____ - _____ - _____
AAAA MM JJ

TABLEAU POUR SUIVI TUBERCULOSE LATENTE INH (ISONIAZIDE) - ADULTE

Notes (suite) :

Tiré de l'OC-22-027 ***Initier des mesures diagnostiques et en assurer le suivi dans le cadre de la clinique des réfugiés***

Signature de l'infirmière : _____ Initiales : _____ Date : _____
AAAA-MM-JJ

Signature de l'infirmière : _____ Initiales : _____ Date : _____
AAAA-MM-JJ

Signature de l'infirmière : _____ Initiales : _____ Date : _____
AAAA-MM-JJ