



MR60815

Identification de l'utilisateur

Dossier : \_\_\_\_\_  
 Nom : \_\_\_\_\_  
 Prénom : \_\_\_\_\_  
 D.D.N. : \_\_\_\_\_ - \_\_\_\_\_ - \_\_\_\_\_  
AAAA MM JJ

**TABLEAU TUBERCULOSE LATENTE  
RIFAMPICINE - CLIENTELE PEDIATRIQUE**

Date du début de traitement : AAAA-MM-JJ \_\_\_\_\_

	Observance au traitement	Hépatotoxicité : anorexie, nausées, vomissements, gêne abdominale, fatigue inexplicable, coloration foncée de l'urine, ictère.	Dosage ALT et bilirubine	Dosage de la FSC	Initiales
1 mois  Date : AAAA-MM-JJ _____	<input type="checkbox"/> Oui <input type="checkbox"/> Non  Spécifier : _____	<input type="checkbox"/> Oui <input type="checkbox"/> Non  Spécifier : _____	PRN*	Date : AAAA-MM-JJ _____  FSC : _____	
2 mois  Date : AAAA-MM-JJ _____	<input type="checkbox"/> Oui <input type="checkbox"/> Non  Spécifier : _____	<input type="checkbox"/> Oui <input type="checkbox"/> Non  Spécifier : _____	PRN*	Date : AAAA-MM-JJ _____  FSC : _____	
3 mois  Date : AAAA-MM-JJ _____	<input type="checkbox"/> Oui <input type="checkbox"/> Non  Spécifier : _____	<input type="checkbox"/> Oui <input type="checkbox"/> Non  Spécifier : _____	PRN*	Date : AAAA-MM-JJ _____  FSC : _____	
4 mois  Date : AAAA-MM-JJ _____	<input type="checkbox"/> Oui <input type="checkbox"/> Non  Spécifier : _____	<input type="checkbox"/> Oui <input type="checkbox"/> Non  Spécifier : _____	PRN*	Date : AAAA-MM-JJ _____  FSC : _____	

**\*Si suspicion clinique d'hépatopathie**

- En présence de signes ou symptômes d'hépatotoxicité : cesser le traitement de Rifampicine, aviser le médecin traitant et doser l'ALT et la bilirubine.

