



MR60816

Identification de l'utilisateur

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

**TABLEAU TUBERCULOSE LATENTE INH
(ISONIAZIDE) – CLIENTÈLE PÉDIATRIQUE**

Date du début de traitement : AAAA-MM-JJ _____					
	Observance au traitement	Neurotoxicité : trouble de l'élocution, hallucinations, délire, confusion, diminution de l'acuité visuelle, paresthésie, irritabilité, incapacité à se concentrer.	Hépatotoxicité : anorexie, nausées, vomissements, gêne abdominale, fatigue inexplicable, coloration foncée de l'urine, ictère.	Dosage ALT et bilirubine	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 : _____	<input type="checkbox"/> Oui <input type="checkbox"/> Non Spécifier : _____	Date : AAAA-MM-JJ _____ ALT : _____ Bilirubine : _____	
2 mois Date : AAAA-MM-JJ _____	<input type="checkbox"/> Oui <input type="checkbox"/> Non Spécifier : _____	<input type="checkbox"/> Oui <input type="checkbox"/> Non Spécifier : _____	<input type="checkbox"/> Oui <input type="checkbox"/> Non Spécifier : _____	PRN*	
3 mois Date : AAAA-MM-JJ _____	<input type="checkbox"/> Oui <input type="checkbox"/> Non Spécifier : _____	<input type="checkbox"/> Oui <input type="checkbox"/> Non Spécifier : _____	<input type="checkbox"/> Oui <input type="checkbox"/> Non Spécifier : _____	Date : AAAA-MM-JJ _____ ALT : _____ Bilirubine : _____	
4 mois Date : AAAA-MM-JJ _____	<input type="checkbox"/> Oui <input type="checkbox"/> Non Spécifier : _____	<input type="checkbox"/> Oui <input type="checkbox"/> Non Spécifier : _____	<input type="checkbox"/> Oui <input type="checkbox"/> Non Spécifier : _____	PRN*	
5 mois Date : AAAA-MM-JJ _____	<input type="checkbox"/> Oui <input type="checkbox"/> Non Spécifier : _____	<input type="checkbox"/> Oui <input type="checkbox"/> Non Spécifier : _____	<input type="checkbox"/> Oui <input type="checkbox"/> Non Spécifier : _____	PRN*	

Nom :

Prénom :

N° dossier :

6 mois Date : AAAA-MM-JJ _____	<input type="checkbox"/> Oui <input type="checkbox"/> Non Spécifier : _____	<input type="checkbox"/> Oui <input type="checkbox"/> Non Spécifier : _____	<input type="checkbox"/> Oui <input type="checkbox"/> Non Spécifier : _____	Date : AAAA-MM-JJ _____ ALT : _____ Bilirubine : _____	
7 mois Date : AAAA-MM-JJ _____	<input type="checkbox"/> Oui <input type="checkbox"/> Non Spécifier : _____	<input type="checkbox"/> Oui <input type="checkbox"/> Non Spécifier : _____	<input type="checkbox"/> Oui <input type="checkbox"/> Non Spécifier : _____	PRN*	
8 mois Date : AAAA-MM-JJ _____	<input type="checkbox"/> Oui <input type="checkbox"/> Non Spécifier : _____	<input type="checkbox"/> Oui <input type="checkbox"/> Non Spécifier : _____	<input type="checkbox"/> Oui <input type="checkbox"/> Non Spécifier : _____	PRN*	
9 mois Date : AAAA-MM-JJ _____	<input type="checkbox"/> Oui <input type="checkbox"/> Non Spécifier : _____	<input type="checkbox"/> Oui <input type="checkbox"/> Non Spécifier : _____	<input type="checkbox"/> Oui <input type="checkbox"/> Non Spécifier : _____	PRN*	

***Si suspicion clinique d'hépatopathie**

- En présence de signes ou symptômes d'hépatotoxicité et/ou de neurotoxicité, cesser le traitement d'Isoniazide et aviser le médecin traitant. Lors de signes d'hépatotoxicité, doser l'ALT et la bilirubine.
- En présence d'une analyse sanguine anormale, consulter l'**annexe 1 de l'ordonnance collective OC-22-027 Initié des mesures diagnostiques et en assurer le suivi dans le cadre de la clinique des réfugiés** pour connaître la marche à suivre et effectuer le suivi avec le médecin traitant.

Notes complémentaires et signatures :
