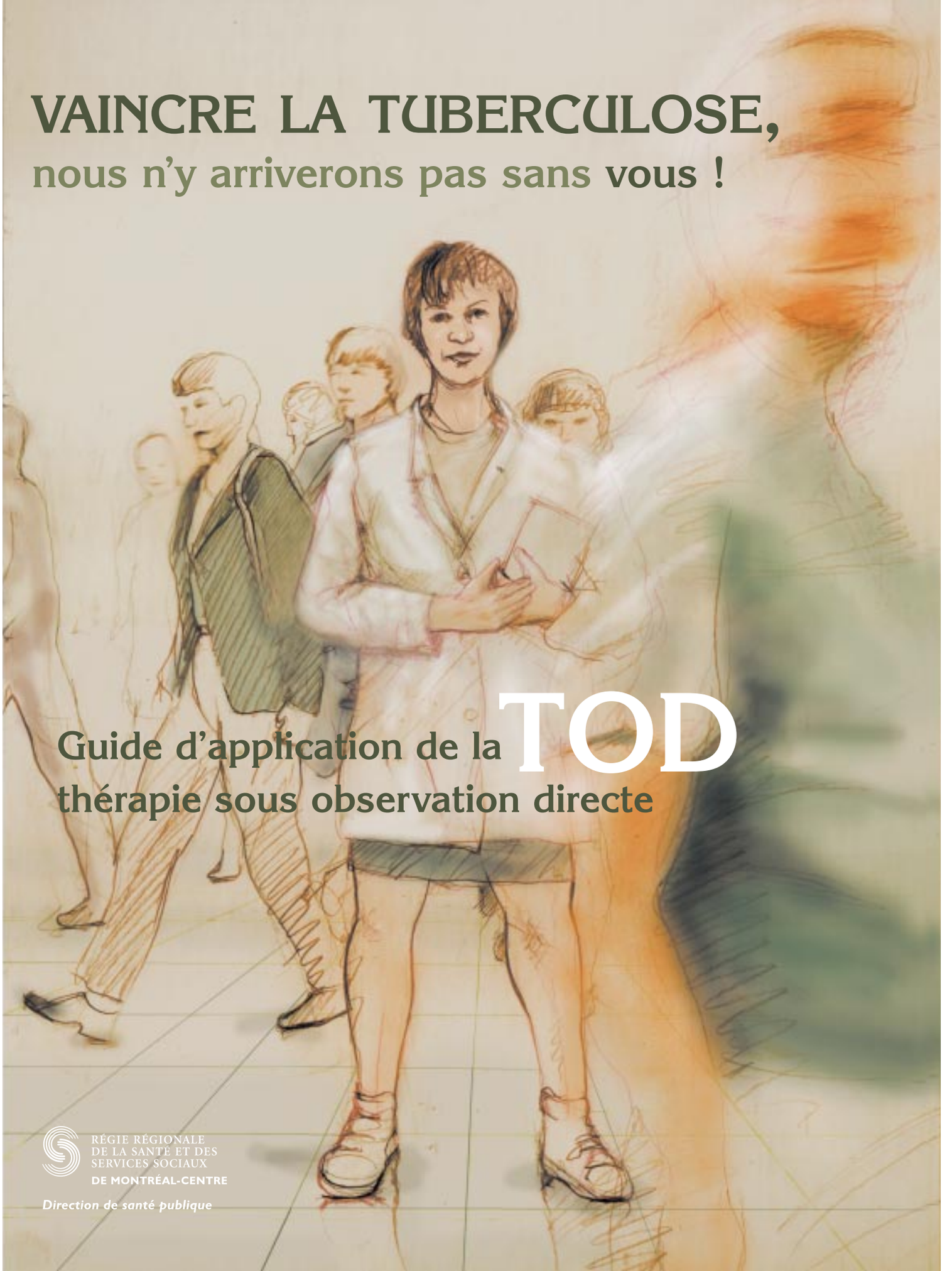
VAINCRE LA TUBERCULOSE,

nous n'y arriverons pas sans vous !



Guide d'application de la TOD thérapie sous observation directe

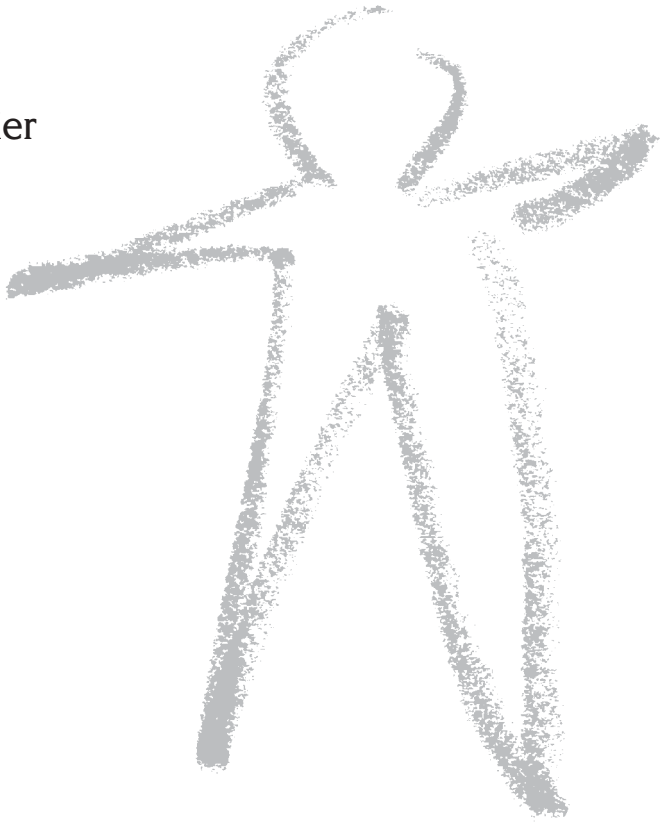
RÉGIE RÉGIONALE
DE LA SANTÉ ET DES
SERVICES SOCIAUX
DE MONTRÉAL-CENTRE

Direction de santé publique

VAINCRE LA TUBERCULOSE,
nous n'y arriverons pas sans vous !

Guide d'application de la thérapie sous observation directe - TOD

Myrtha Cionti Bas
Caroline Fortin
Marie-Claude Fournier
Louise Hénaire
Sylvianne Manseau



Août 2003

RÉGIE RÉGIONALE
DE LA SANTÉ ET DES
SERVICES SOCIAUX
DE MONTRÉAL-CENTRE
Direction de santé publique

Une réalisation de l'Unité Maladies infectieuses
Centre universitaire de santé McGill, mandataire et de
l'Institut national de santé publique du Québec

Membres de l'équipe-projet et collaborateurs

Coordonnatrice : Sylvianne Manseau
Chargées de projet : Caroline Fortin et Marie-Claude Fournier
Infirmières-conseils : Myrtha Cionti Bas, Louise Hénaire et Johanne Boisvert

Consultants

Médecins-conseils : Paul Brassard, Christine Lacroix et Terry-Nan Tannenbaum

Mise en page et illustrations

Julie Milette

Illustration de la page couverture

Michel-Thomas Poulin

Remerciements

Nous tenons à remercier :

- Madame Maryse Lapierre qui a accepté que cette présente version du guide d'application de la TOD s'inspire et soit en continuité avec l'outil : « La thérapie sous observation directe ». Guide d'intervention à l'intention des CLSC, paru en novembre 1998.
- Les infirmières et le personnel des CLSC de la région de Montréal-Centre pour avoir partagé leurs savoir et préoccupations.
- Les Directions de santé publique des Laurentides et de la Montérégie pour avoir offert leurs commentaires lors de la mise à l'essai.
- L'Institut national de santé publique du Québec pour son soutien financier sans qui la réalisation de ce guide n'aurait pu être possible.
- Madame Martine Fortier et Monsieur Blaise Lefebvre pour leur judicieux conseils.

Unité Maladies infectieuses • Direction de santé publique
1301, rue Sherbrooke Est, Montréal (Québec) H2L 1M3
Téléphone : (514) 528-2400 • Télécopieur : (514) 528-2452
www.santepub-mtl.qc.ca

© Direction de santé publique
Régie régionale de la santé et des services sociaux de Montréal-Centre
(2003) Tous droits réservés

Dépôt légal : 3e trimestre 2003
Bibliothèque nationale du Québec
Bibliothèque nationale du Canada

ISBN : 2-89494-389-X

Table des matières

Mot du Directeur **5**

Introduction **7**

Section I : Guide de l'intervenant

Épidémiologie de la tuberculose à Montréal 9
Critères d'application de la TOD 10
Questions sur l'application de la TOD 12
Contagiosité de la tuberculose 13
Questions sur la contagiosité 14
Régime thérapeutique de la TOD 15
Question sur le régime thérapeutique 17
Effets secondaires des médicaments 18
Questions sur les effets secondaires 19
TOD pédiatrique 20
Aspect culturel 21
Processus de demande de services pour une TOD 22
Processus de demande de services et de suivi de TOD 23
Référence inter-établissement 24
Coordonnées de la Direction de santé publique 25
Coordonnées de l'Équipe Tuberculose de votre région 26
Documents de référence et d'information 27

Section II : L'information à remettre aux patients

Qu'est-ce que la thérapie sous observation directe (TOD) ? 29
Questions fréquemment posées par les patients 31
Ressources communautaires 33
Calendriers des visites de TOD 35

Section III : Dossier clinique

Dossier patient 39
Grilles d'administration des médicaments
- Régime intermittent : 2 fois par semaine 45
- Régime intermittent : 3 fois par semaine 47
- Régime intermittent : 5 fois par semaine 51
- Régime quotidien : 7 fois par semaine 55

Formulaire « Effets secondaires au traitement » 61
Rapport périodique de thérapie sous observation directe (TOD) 65

Le mot du Directeur

Ce guide est le fruit de recherches, de réflexions et surtout de nombreuses années d'expérience de lutte contre la tuberculose et d'utilisation de la thérapie sous observation directe (TOD) assurées par des professionnels de la santé de la Direction de santé publique de Montréal-Centre, des CLSC, de divers hôpitaux, des médecins, des infirmières, des travailleurs sociaux, des administrateurs qui ont su mettre en commun leurs travaux, leur méthode d'intervention, leurs outils et en tiré le meilleur au fil des réussites obtenues et des difficultés rencontrées.

La TOD s'avère être la méthode d'intervention la plus efficace pour s'assurer que le patient suive le traitement complet et atteigne la guérison tout en limitant les risques d'apparition de multirésistance aux antibiotiques.

La TOD c'est aussi une méthode d'intervention exigeante requérant la collaboration de nombreux intervenants provenant de diverses sphères du domaine de la santé et des services sociaux, tant publique que privé et communautaire, souvent dans le cadre de plusieurs réseaux administratifs et de façon à répondre aux problèmes multiples (pauvreté, itinérance, isolement social, violence, toxicomanie, etc.) qui tissent le quotidien de bien des groupes les plus démunis dont font souvent partie les personnes atteintes de tuberculose.

Au moment où elle réapparaît dans des pays occidentaux, dont on la pensait à toute fin pratique éliminée et compte tenu de l'augmentation des voyages internationaux, la tuberculose, plus impérativement encore à cause de souches multirésistantes, demeure un enjeu de santé publique qu'il faut gagner localement non seulement pour *garder notre monde à nous en santé* mais aussi pour éviter que des souches rendues multirésistantes chez nous ne soient exportées dans des régions du monde où elles seraient dévastatrices.

C'est dans cette perspective que le guide a été élaboré et nous souhaitons qu'il puisse faciliter le suivi intégré des patients à tous celles et ceux qui participent à la lutte contre la tuberculose et à qui notre collaboration est assurée.

Le Directeur de santé publique de Montréal-Centre

Richard Lessard, M.D.

Introduction

La tuberculose est une maladie à déclaration et à traitement obligatoires. Les actions prioritaires des différentes directions de santé publique (DSP) et de leurs partenaires visent la prise en charge et le suivi des cas de tuberculose et des contacts étroits de ces derniers. L'expérience démontre que la réussite du traitement est fortement liée au support apporté au patient (démystification de la maladie, éducation, accompagnement, information…) ainsi qu'à la concertation des partenaires impliqués auprès de celui-ci.

Le suivi fidèle et complet du traitement protège le patient d'une éventuelle rechute, tout en lui évitant des mesures coercitives. Le traitement protège la santé du public en coupant la chaîne de transmission et en diminuant les risques d'une résistance aux antituberculeux. Le succès d'un programme de thérapie sous observation directe (TOD) repose sur une stratégie favorisant la transmission des connaissances, l'élaboration d'outils d'évaluation et la concertation des partenaires.

Dans ce contexte, la communication entre les différents partenaires (DSP, médecins, cliniques, pharmaciens et CLSC) s'avère essentielle. D'ailleurs, les partenaires consultés en préparation de ce nouveau guide d'intervention l'ont souligné de façon unanime. Ce nouveau guide est présenté en 3 sections distinctes : 1) le guide de l'intervenant; 2) l'information à remettre aux patients et 3) le dossier clinique.

Nous souhaitons que ce nouveau guide devienne un outil de travail entre les DSP et leurs partenaires et facilite ainsi le suivi intégré et concerté de la clientèle tuberculeuse.

Section 1
Guide de l'intervenant

Épidémiologie de la tuberculose à Montréal

À Montréal, les individus les plus touchés sont les immigrants de tout âge en provenance de pays où la tuberculose est endémique et les Canadiens de naissance de plus de 65 ans. De plus, les personnes atteintes de tuberculose sont souvent confrontées à des problèmes de pauvreté, d'itinérance ou de toxicomanie.

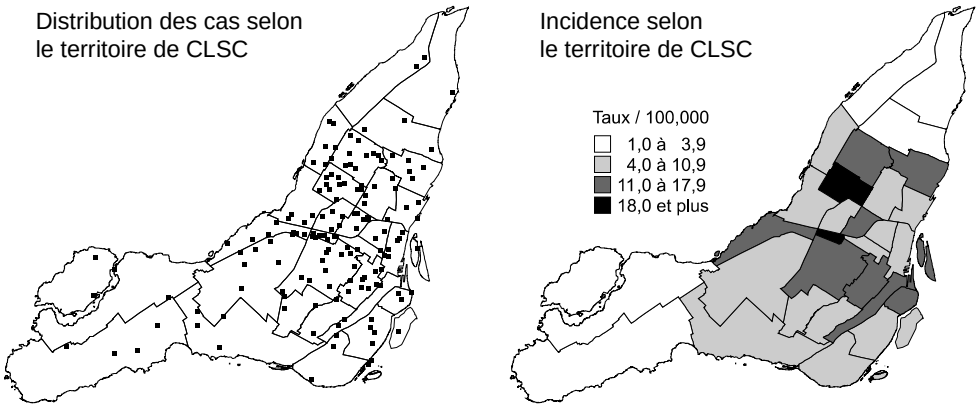
Depuis le début des années '80, on compte annuellement à Montréal approximativement 200 cas de tuberculose qui représentent environ 50% des cas au Québec. Par contre en 2001, 154 cas de tuberculose ont été déclarés pour un taux d'incidence de 8,5 cas par 100 000. Ce taux est le plus bas jamais atteint à Montréal. Un peu plus de 80% des personnes souffrant de tuberculose à Montréal sont nées à l'extérieur du Canada. Parmi l'ensemble des cas confirmés en laboratoire, 89,5% étaient sensibles à tous les antituberculeux. Chez les personnes nées à l'extéreur du Canada, 8,5% présentaient une résistence à l'INH, avec ou sans résistance à d'autres antituberculeux.

On compte en moyenne à Montréal environ 200 cas de tuberculose active par année.

En 2001, chez les moins de 20 ans, 14 cas de tuberculose ont été déclarés. L'incidence la plus élevée se trouve chez les 25-29 ans soit à 13,4 cas par 1000 000.

Le centre de Montréal est particulièrement touché. Deux CLSC de l'île ont connu des taux dépassant 20 cas par 100 000 : les CLSC Parc Extension (24,2/100 000) et Saint-Michel (23,7/100 000).

Tuberculose • Région de Montréal-Centre 2001



Lieu de résidence inconnu pour 0,6 % des cas.

Critères d'application de la TOD

Qu'est-ce que la TOD ?

La **thérapie sous observation directe (TOD)** est un régime thérapeutique où la prise de médicaments est toujours supervisée par un professionnel de la santé ou son délégué.

Dans une société qui privilégie l'autonomie, la TOD peut être perçue comme une mesure coercitive. Dans un contexte de protection de la santé publique, nous devons nous rappeler que la tuberculose est une maladie à traitement obligatoire et que tout échec au traitement peut présenter un risque pour la santé publique (contagiosité, rechute, résistance).

On applique la TOD pour :

- S'assurer de l'observance entière du traitement
- Arrêter la transmission de la bactérie
- Éviter l'apparition de cas de résistance aux médicaments
- Et, par le fait même, apporter un support global au patient.

À qui s'adresse la TOD?

La TOD s'adresse tout particulièrement, mais non exclusivement, aux patients souffrant de tuberculose pulmonaire. Les patients placés sous TOD doivent répondre à certains critères fixes mais non exclusifs; chaque patient est évalué de façon individuelle, au «cas par cas». La plupart du temps, on adopte à Montréal cette stratégie d'intervention dans les situations suivantes :

La TOD s'adresse surtout au patient souffrant de tuberculose pulmonaire.

- Un patient qui présente des problèmes de fidélité au traitement évidents (prescription médicale non renouvelée, absence aux rendez-vous médicaux);
- Un patient qui présente un ou plusieurs facteurs de risque importants pour la non-fidélité au traitement ou qui présente des indices de non-fidélité antérieure (toxicomanie, itinérance, épisode antérieur de tuberculose);
- Un patient chez qui les conséquences de la non-fidélité au traitement seront plus graves pour lui-même ou pour son entourage (patient infecté par le VIH, patient infecté par une souche multirésistante, patient d'âge préscolaire ou ayant de jeunes enfants dans son entourage).

Conditions de réussite de la TOD

Pour faciliter le traitement, l'intervenant doit être à la fois souple dans l'administration de la TOD (ex.: horaire flexible), mais ferme dans sa volonté de réussite (toutes les doses observées). Le patient le ressentira et n'en sera que plus coopératif. Afin de s'assurer de la confiance et de l'assiduité du patient, l'intervenant doit développer des façons de faire adaptées à la personnalité du patient. Le respect de la personne, de sa culture et de sa réalité est primordial. La prise des médicaments sera plus facile si l'on s'assure d'intégrer le traitement dans les activités quotidiennes du patient.

Le respect de la personne, de sa culture, de ses conditions de vie, jumelé à une reconnaissance des besoins du patient, contribuent au succès de la TOD.

Il est important de ne pas étiqueter le patient d'irresponsable du fait que l'on considère qu'il a besoin de prendre sa médication sous observation directe. Dans la grande majorité des cas, son état de santé (résistance aux antituberculeux, coinfection tuberculose-VIH, frottis qui demeure positif après des semaines de traitement) ou ses conditions de vie (culturelles et sociales) requièrent ce type de supervision. L'intervenant doit donc tenter de motiver le patient dans la poursuite de son traitement. Il doit aussi essayer de comprendre les inquiétudes liées à la maladie ainsi que les difficultés du patient à accepter qu'une personne inconnue supervise la prise de la médication pour une longue période de temps.

La connaissance des besoins du patient et de ceux de sa famille ainsi que du type de support nécessaire sont, entre autres, des conditions essentielles. L'intervenant doit prendre le temps de rassurer le patient et sa famille et d'apprivoiser les enfants (qu'ils soient eux-mêmes sous TOD ou non). L'utilisation d'incitatifs, tels que yogourt ou autres douceurs et des facilitants tels que des billets d'autobus, sont également des atouts. À chacun de développer ses tactiques.

L'expérience montréalaise démontre également qu'**il est fortement souhaitable que l'intervenant conserve les médicaments et qu'il les remette au patient lors de chaque visite** (à domicile, au CLSC ou autres). Cette stratégie permet d'éviter les malentendus quant à la prise réelle des médicaments.

Aussi, l'organisation de la TOD devra idéalement se faire de façon à ce que la prise en charge se fasse par le même intervenant du début à la fin de la TOD. Cette stabilité facilite la relation entre le patient et l'intervenant désigné.

> **Tout doit être mis en œuvre pour créer un climat de confiance qui favorisera la fidélité au traitement et le respect des rendez-vous tant chez l'adulte que chez l'enfant. Un patient référé pour TOD nécessite une approche personnalisée par le CLSC étant donné les multiples problèmes souvent associés à la tuberculose.**

La sécurité de l'intervenant

Un des aspects tout aussi important à considérer en TOD est de s'assurer que l'intervention se fasse de façon sécuritaire pour l'intervenant.

Voici quelques suggestions pour l'intervenant qui craint pour sa sécurité :

- Se faire accompagner par une autre personne.
- Indiquer à un collègue le lieu de la visite et prévoir avec lui un contact téléphonique.
- Inviter le patient à un rendez-vous au CLSC ou dans un lieu public.

Questions sur l'application de la TOD

Q : Pourquoi certains patients ne sont-ils pas fidèles au traitement?

R : Nous avons nous-mêmes souvent de la difficulté à compléter un traitement de 14 jours d'antibiotiques. On peut facilement imaginer la grande difficulté pour un patient atteint de tuberculose d'être fidèle au traitement pendant six mois et même parfois plus, et ce, en l'absence de symptômes. Le traitement de la tuberculose est long et complexe.

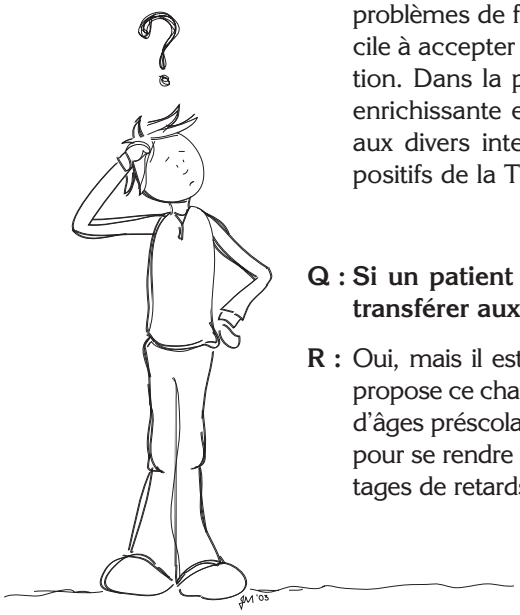
Q : Pourquoi mettre tant d'efforts dans le suivi des cas de tuberculose?

R : La santé publique est en jeu. C'est à ce titre que cette maladie est à déclaration et à traitement obligatoires. En collaboration avec le médecin traitant, nous devons nous assurer que tous les cas de tuberculose complètent leur traitement. La santé, la vie même de plusieurs personnes en dépendent. La propagation de la maladie peut être dévastatrice.

Q : Comment la TOD est-elle perçue par les patients?

R : Lorsque les patients apprennent qu'ils seront en TOD, ils sont pour la plupart très réticents et même en colère. « Pourquoi doivent-ils aller au CLSC pour prendre la médication? » ou « Pourquoi un intervenant se présente à domicile pour observer la prise de médication? »

Si la TOD est débutée dès que le patient reçoit son congé de l'hôpital, on favorise l'acceptation par le patient et on facilite la vie de l'intervenant. Dans une situation où le patient a débuté son traitement par une prise quotidienne et qu'il y a des problèmes de fidélité au traitement, changer le mode de traitement est plus difficile à accepter par le patient. Il faut laisser le temps au patient d'accepter la situation. Dans la plupart des cas, la TOD s'avère pour les patients une expérience enrichissante et permet de régler d'autres problèmes par le biais de références aux divers intervenants ou organismes. Il faut tenter de présenter les aspects positifs de la TOD pour faire oublier le côté coercitif.



Q : Si un patient est en TOD par le soutien à domicile, est-ce que je peux le transférer aux services courants lorsque sa condition le permet?

R : Oui, mais il est primordial de bien évaluer le contexte de vie du patient à qui l'on propose ce changement. Par exemple une femme monoparentale avec deux enfants d'âges préscolaires, qui doit prendre le transport en commun avec ses deux enfants pour se rendre au CLSC à raison de 2 ou 3 fois par semaine, risque d'avoir d'avantages de retards ou d'absences aux rendez-vous que la célibataire sans enfant.

Contagiosité de la tuberculose

Le Mycobacterium tuberculosis est l'agent responsable de la tuberculose. Il se transmet par l'inhalation de fines gouttelettes provenant des voies respiratoires qui sont projetées dans l'air par une personne atteinte de tuberculose lors de la toux ou d'éternuements.

Dans une 1re étape, la bactérie pénètre dans l'organisme et y demeure à l'état latent pendant des mois, voire des années. La tuberculose latente est asymptomatique et n'est pas contagieuse.

La plupart des personnes infectées ne développeront pas la maladie. Cependant, si la résistance physique s'affaiblit, la bactérie peut se multiplier et la maladie devient alors active.

De façon générale, **seuls les patients atteints de tuberculose pulmonaire ou laryngée sont contagieux**. Cette contagiosité varie en fonction de la gravité de la maladie et de la quantité de bacilles excrétées.

Le résultat du frottis des expectorations renseigne sur le degré de contagiosité.

Une fois le traitement amorcé, le degré de contagiosité diminue rapidement si la souche est sensible aux médicaments et si les modalités thérapeutiques sont respectées. Habituellement en présence d'une amélioration clinique et après deux semaines de traitement en milieu hospitalier, la plupart des patients ne sont plus contagieux et peuvent retourner à domicile.

La plupart des patients pour qui une TOD est prescrite et à qui on a donné le congé hospitalier, ne sont plus contagieux.

La fin de la contagiosité est déterminée par le médecin traitant. Si le patient est contagieux, le port du masque par l'intervenant est requis et celui-ci doit en apporter un nouveau lors de chaque visite à domicile. Le masque chirurgical ne convient pas pour les intervenants ni pour toutes autres personnes qui visitent le patient à son domicile. Pour plus de confidentialité, l'intervenant doit s'assurer de ne pas porter le masque en présence de personnes qui ignoreraient le diagnostic du patient (ex. ne pas mettre le masque lorsque l'on se trouve dans le corridor d'un édifice à logements).

Il est important de noter que la plupart des patients souffrant de tuberculose, à qui on a donné le congé hospitalier, ne sont pas contagieux.

LE MASQUE ADÉQUAT[1]

Le masque de protection respiratoire doit avoir :

- une capacité de filtration supérieure à 95% (N95);
- un indice de fuite de moins de 10%;
- une filtration de particules ≥ à 1 micron.

[1] L'ensemble de ses critères se résume sous la classification N95 de la National Institute for Occupational Safety and Health (NIOSH).

RECOMMANDATIONS POUR LE PATIENT CONTAGIEUX

- Il doit rester chez lui. S'il doit sortir pour des raisons médicales par exemple, il doit porter un masque.
- Il doit éviter la présence d'enfants (famille élargie, voisins, etc.) chez lui.

L'infirmière ou son délégué devrait encourager un environnement sain (mesures universelles), soit :

- Favoriser l'aération des lieux (mais pas vers le corridor).
- Demander au patient de se couvrir la bouche lorsqu'il tousse ou éternue.
- Demander au patient de cracher dans un papier mouchoir et de le jeter dans une poubelle fermée ou une toilette.

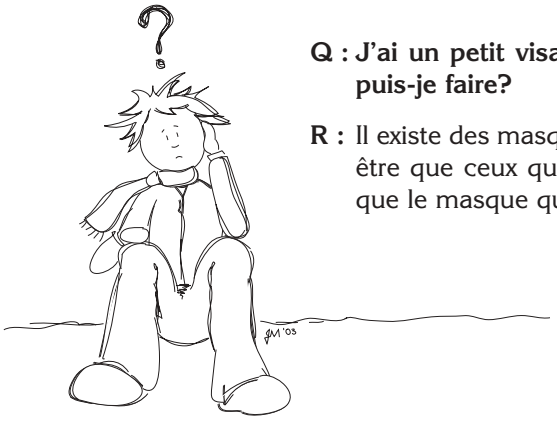
Questions sur la contagiosité

Q : Dois-je porter un masque lors des visites aux patients?

R : Dans la plupart des cas, le masque n'est pas recommandé puisque le patient n'est pas contagieux. L'intervenant doit porter le masque lorsqu'un membre de l'équipe médicale considère que le patient est contagieux, même au congé de l'hôpital.

Q : Puis-je utiliser un masque plusieurs fois?

R : Il existe différentes façons d'entretenir un masque pour en augmenter la durée de vie. Toutefois, pour les personnes qui n'ont pas à l'utiliser fréquemment, il est recommandé de le jeter après usage.



Q : J'ai un petit visage et j'ai parfois de la difficulté à ajuster le masque, que puis-je faire?

R : Il existe des masques de différentes grandeurs et de différentes marques. Peut-être que ceux que vous avez sont trop grands ou trop petits. Il est important que le masque que vous portez soit adapté à la physionomie de votre visage.

Régime thérapeutique de la TOD

Principes de base

Les objectifs de la thérapie sous observation directe exigent le respect des principes suivants :

Aucune dose ne doit être auto-administrée
Régime intermittent = TOD obligatoire

Le régime

Intermittent (c'est-à-dire 2 ou, de préférence, 3 fois par semaine *)

RÉGIME	DURÉE	DOSAGE TOTAL RÉPARTI EN :
2 X / sem. **	6mois	65 doses
3 X / sem. **		86 doses

* certaines études récentes ont démontré un risque accru de résistance à la Rifampicine chez les patients séropositifs mis sur TOD 2 fois/sem.

** 2 semaines die suivi par 24 semaines à 2 ou 3 fois par semaine.

Doses manquées

RÉGIME	1 DOSE MANQUÉE	2 DOSES CONSÉCUTIVES MANQUÉES
2 x / sem.	**Relancer** le patient afin qu'il reçoive sa dose au plus tard le **jour même ou le lendemain**.	**Relancer** le patient, **informer** le **médecin** dans les plus brefs délais et aviser l'infirmière de santé publique.
3 x / sem.	**Relancer** le patient afin qu'il reçoive sa dose au plus tard le **jour même**. Dans l'impossibilité de le faire, la dose non prise sera ajoutée à la fin du traitement* et le médecin traitant devra être avisé.	**Relancer** le patient, **informer** le **médecin** dans les plus brefs délais et aviser l'infirmière de santé publique.

* Afin de respecter le nombre de doses requises selon le mode de traitement

Ne pas administrer de double dose

Il faut savoir que :

- Idéalement, le régime intermittent ne s'applique que si la souche est sensible aux médicaments.
- Les **antituberculeux sont gratuits** et que le code **2k** doit être inscrit sur l'ordonnance (il s'agit d'un code de gratuité).
- **L'entière durée** du traitement doit **être respectée**.
- La prise de **chaque comprimé** doit être observée (**visualisée**) par l'intervenant.
- Lorsque le patient a manqué une dose du traitement, cela correspond, pour une TOD bihebdomadaire, à avoir manqué la moitié du traitement.
- Dans certains cas (résistances aux médicaments, gravité de la maladie) le traitement peut être d'une durée de 9, 12 et parfois 18 mois.

DOSES RECOMMANDÉES POUR LE TRAITEMENT DE LA TUBERCULOSE CHEZ LES ENFANTS

Médicaments	Dose (mg/kg)		
	Rx quotidien	**Rx 2X/sem**	**Rx 3X/sem**
Isoniazide	5-15 max : 300mg	15-40 max : 900mg	10-40 max : 900mg
Rifampicine	8-20 max : 600mg	8-20 max : 600mg	8-20 max : 600mg
Pyrazinamide	20-40 max : 2000mg	40-70 max : 2000mg	30-70 max : 3000-4000mg
Éthambutol	15-25 max : 1000-2500mg	40-50 max : 1000-2500mg	25-35 max : 2500mg
Streptomycine	12-40 max : 1000mg	12-40 max : 1000mg	12-30 max : 1000-1500mg

Rx = traitement Max = dose maximale

Sources :
1. Dermot M. et coll., OMS-1997
2. Committee On Infectious Diseases American Academy Of Pediatrics, Red Book-2000
3. Association pulmonaire de Canada, Santé Canada-2000
4. Sanford-2002
5. CDC, MMWR-1993

Doses recommandées pour le traitement de la tuberculose chez les adultes			
Médicaments	**Dose (mg/kg)**		
	Rx quotidien	**Rx 2X/sem**	**Rx 3X/sem**
Isoniazide	5 (4-6) max : 300mg	15 (13-17) max : 900mg	10 (8-12) max : 600mg
Rifampicine	10 (8-12) max : 600mg	10 (8-12) max : 600mg	10 (8-12) max : 600mg
Pyrazinamide	25 (20-30) max : 2000mg	50 (40-50) max : 4000mg	35 (30-40) max : 3000mg
Éthambutol	15 (15-20) max : 1200mg	45 (40-50) max : 3000mg	30 (25-35) max : 2000mg
Streptomycine	15 (12-18) max : 1000mg *	15 (12-18) max : 1000mg *	15 (12-18) max : 1000mg *

Rx = traitement Max = dose maximale

* Selon l'OMS : il est possible que les patients de plus de 60 ans ne tolèrent pas plus de 500-750mg/jour.

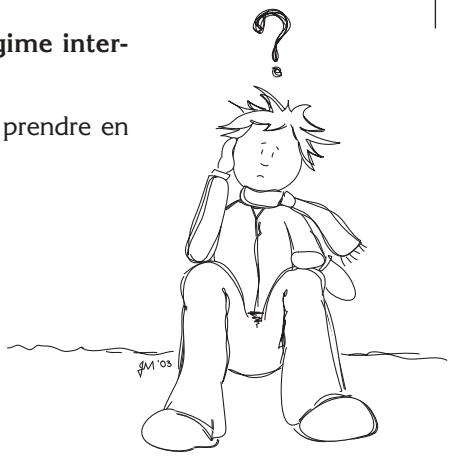
Sources : 1. Dermot M. et coll., OMS-1997
2. Enarson D. A. et coll., IUATLD-2000

À noter : Les 2 sources ci-haut mentionnées indiquent les mêmes recommandations

Question sur le régime thérapeutique

Q : La quantité de pilules est-elle la même pour un patient en régime intermittent qu'en régime quotidien?

R : Non, la quantité maximale peut parfois s'élever à 15 comprimés à prendre en une seule prise, mais sur 7 jours, la quantité est moindre.



Effets secondaires des médicaments

NOM DU MÉDICAMENT	EFFETS INDÉSIRABLES ET INTERACTIONS MÉDICAMENTEUSES	MANIFESTATIONS
Isoniazide Rifampicine Éthambutol	Réaction allergique	• **Éruption cutanée***
Isoniazide Pyrazinamide Rifampicine	Atteinte hépatique	• Douleurs abdominales • Fatigue • Inappétence • Nausées / vomissements • Ictère (urines foncées, selles pâles, conjonctives jaunes)
	Problèmes digestifs	• Douleurs gastriques • Vomissements • Manque d'appétit
Rifampicine Pyrazinamide	Problèmes articulaires	• Douleurs articulaires • Oedème
Rifampicine Isoniazide	Interaction médicamenteuse	• **Interfèrent avec certains médicaments*** : contraceptifs oraux (Rifampicine seulement), Méthadone, Warfarine (Coumadin), Phénythoïne (Dilantin)
Éthambutol	Troubles de vision	• Vision diminuée et modifiée • Altération des couleurs
Rifampicine	Problèmes hématologiques	• Ecchymoses plus fréquentes • Augmentation du temps de saigements
	Coloration des liquides biologiques	• **Urines et larmes orangées*** • Coloration permanente des lentilles cornéennes
	Photosensibilité	• Éruptions cutanées lors d'exposition au soleil
Isoniazide	Troubles du système nerveux central	• **Étourdissements*** • Insomnie
	Neuropathie périphérique	• **Sensations de picotement ou d'engourdissement aux mains et aux pieds***

* Ces manifestations sont les plus fréquentes.

Questions sur les effets secondaires

Q : Y a-t-il plus d'effets indésirables pour un patient sous régime intermittent (2 ou 3 fois/sem.)?

R : Non, toutes les études montrent qu'il n'y a pas plus d'effets indésirables avec une thérapie intermittente qu'avec une thérapie quotidienne.

Q : Est-ce que le patient peut reprendre son traitement à la suite de vomissements?

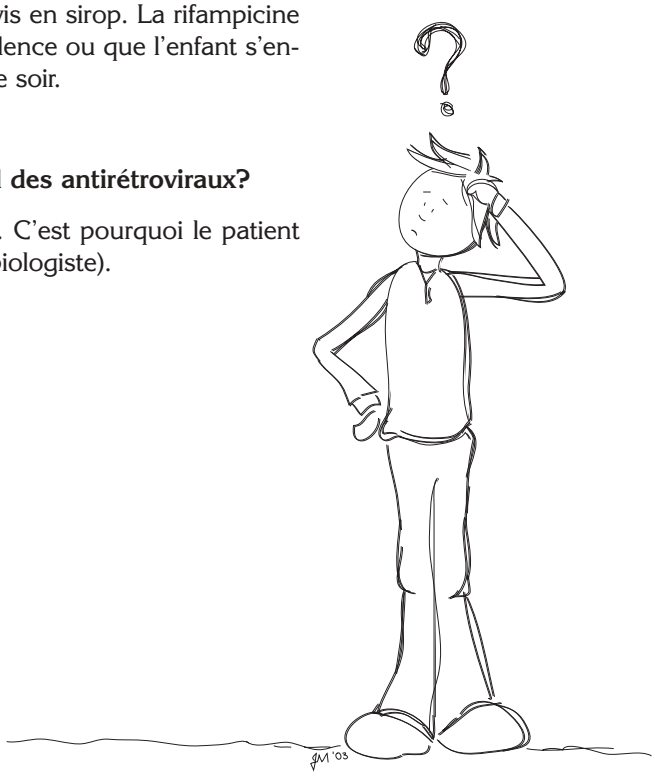
R : Si les vomissements se produisent dans les 30 minutes qui suivent la prise de la médication, on doit faire reprendre la médication. Lors d'un plus long délai, on ne peut connaître la quantité de médicaments absorbés. On poursuivra le traitement le prochain jour prévu.

Q : Y a-t-il une façon de diminuer les effets indésirables au traitement ou de faciliter la prise de la médication?

R : Prendre la médication en mangeant peut diminuer les effets sur le système digestif. On peut écraser la médication pour en faciliter la prise, surtout pour les jeunes enfants. L'isoniazide et la rifampicine peuvent être servis en sirop. La rifampicine peut être aromatisée. Si le patient se plaint de somnolence ou que l'enfant s'endort à l'école, il est préférable de procéder à la TOD le soir.

Q : Y a-t-il plus d'effets secondaires si le patient prend des antirétroviraux?

R : Il y a des interactions médicamenteuses importantes. C'est pourquoi le patient doit être suivi par un spécialiste (infectiologue, microbiologiste).



TOD pédiatrique [1]

La tuberculose chez l'enfant est généralement moins contagieuse. Des mesures de protection peuvent toutefois être prescrites par le médecin traitant.

Pour l'enfant et l'adolescent la TOD peut se faire à domicile ou à l'école.

Pour l'enfant et l'adolescent, il est recommandé que la TOD se fasse à domicile ou à l'école. Ce dernier lieu favorise la collaboration de l'enfant et de ses parents et protège la famille d'un éventuel épuisement (traitement habituellement plus long que pour l'adulte, soit 9 mois; transport en commun difficile avec un poupon ou plusieurs enfants; coûts additionnels engendrés par les visites régulières au CLSC; méfiance de la famille envers la médication et/ou le diagnostic, etc.). Par contre lorsque la TOD a lieu en milieu scolaire, il faut prévoir les congés, les vacances, les sorties de groupe et les jours fériés afin que l'enfant reçoive sa médication.

Pour garantir la réussite du traitement, il est essentiel de s'assurer d'une communication optimale entre tous les intervenants impliqués : CLSC, DSP, pharmacies, clinique tuberculose du centre hospitalier, intervenant appliquant la TOD, parents, etc. L'infirmière de la Direction de santé publique a un rôle clef : elle est le pivot entre les différents intervenants.

Techniques facilitant l'application d'une TOD pédiatrique

- Prévoir du temps : il faut d'abord apprivoiser l'enfant.
- Mélanger les médicaments aux aliments que l'enfant aime.
- Si l'enfant collabore peu à la prise d'un médicament, il est souvent possible de faire modifier la présentation (comprimés ou suspension aromatisée).
- À la limite, le parent pourrait donner la médication à l'enfant lorsqu'il **est en présence de l'intervenant**.
- Utiliser le jeu et des incitatifs (petites surprises) pour augmenter la collaboration.
- Utiliser un tableau avec des autocollants.

Il faut savoir que :

Si, pour une raison ou une autre, les doses ne sont pas prises (l'enfant crache, vomit, refuse et tempête) : **les intervenants de la clinique tuberculose du centre hospitalier pédiatrique ainsi que la Direction de santé publique doivent en être avisés dès que les problèmes se manifestent**.

[1] Inspiré du document non-publié « Points importants pour une TOD en pédiatrie » de la clinique tuberculose de l'Hôpital Sainte-Justine de Montréal.

Aspect culturel

Il est essentiel de tenir compte des différentes caractéristiques socioculturelles de la clientèle immigrante placée sous TOD.

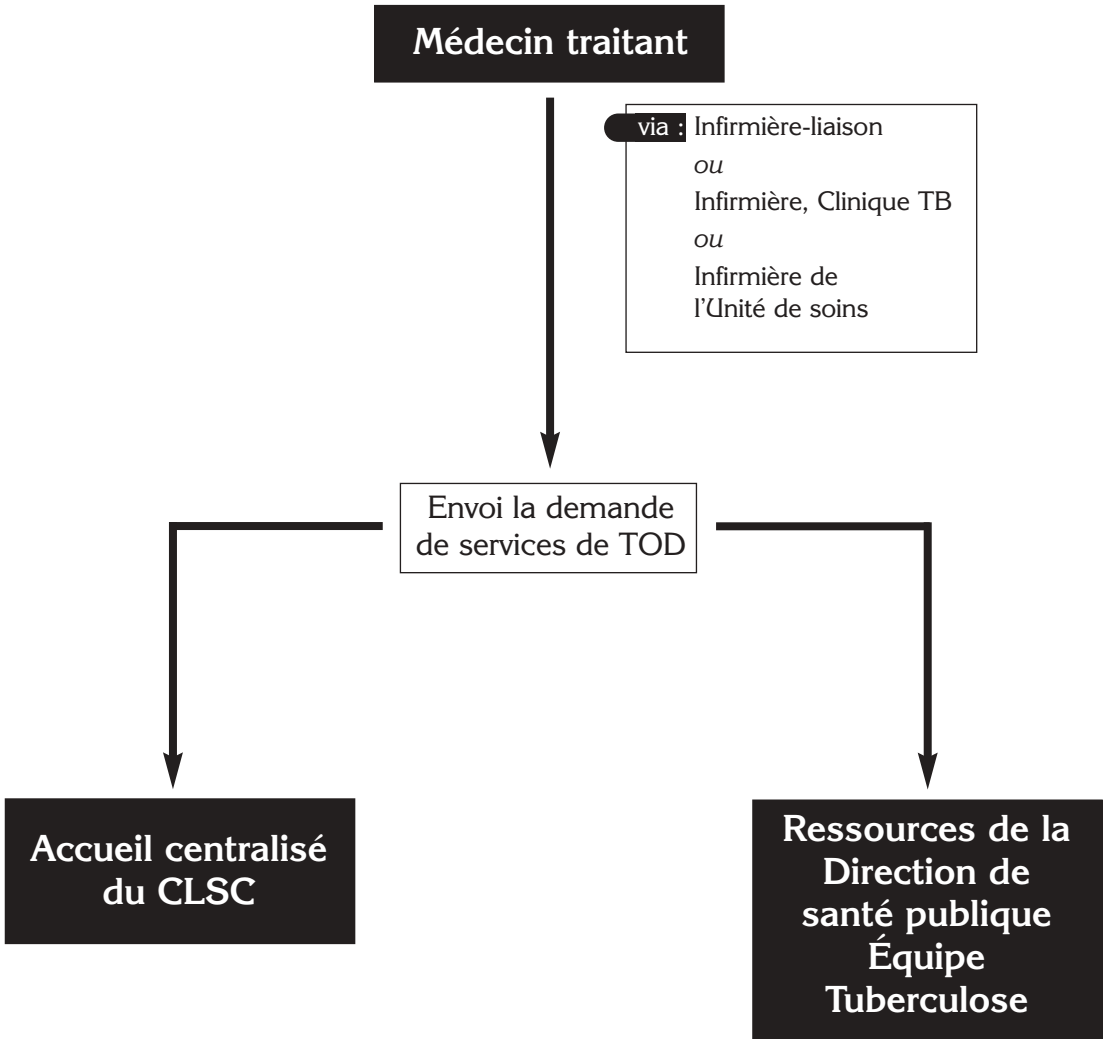
Si l'arrivée au Canada fait suite à une décision mûrie, il s'agit toutefois d'un événement hautement stressant nécessitant une période d'adaptation plus ou moins longue. L'immigration entraîne souvent la rupture des familles et du réseau social, l'isolement, la précarité socio-économique et la désorganisation manifeste de la vie quotidienne de l'individu et de sa famille.

Lors de son entrée au pays, le nouvel arrivant, l'immigrant et plus encore le demandeur du statut de réfugié, est parfois en état de choc; il arrive même qu'il souffre d'un stress post-traumatique. Il peut être effrayé par toutes les procédures officielles. Il se sent parfois à la merci des acteurs impliqués dans son processus d'intégration et demeure vulnérable à la discrimination. Les contacts avec la société d'accueil étant plutôt formels dans les premières années suivant l'arrivée, l'immigrant réagit parfois de façon défensive. Le traitement de la tuberculose est parfois relégué au dernier rang de ses problèmes, compte tenu de toutes les difficultés d'adaptation (le langage, la recherche d'un logement, les crises familiales, etc.) auxquelles il doit faire face. On doit prendre quelques minutes pour discuter de ce qu'il ressent si l'on veut établir une relation d'aide efficace et le référer si nécessaire.

Connaître et tenter de comprendre la réalité du patient facilite le déroulement de la TOD.

Lors de la TOD, de nombreuses différences culturelles viendront teinter les échanges. Par exemple, si le terme «chaise» évoque pour l'un la berçante de grand-mère, il sera pour l'autre la représentation d'une chaise de plage. Il en va de même pour la tuberculose qui est une maladie porteuse de significations multiples. L'immigrant véhiculant les valeurs et les pratiques culturelles, religieuses et médicales de son pays d'origine, va parfois nier l'existence de sa maladie. Dans un tel contexte, il s'avère essentiel que l'intervenant démystifie la tuberculose et ses impacts chez son patient. De plus, l'intervenant vérifiera la compréhension qu'a le patient de sa maladie. Enfin, les personnes malades doivent être rassurées quant à la confidentialité des informations qu'elles transmettent.

Processus de demande de services pour une TOD



Processus de demande de services et de suivi de TOD

1 Si une TOD est retenue comme mode d'administration de la médication, un formulaire de référence inter-établissement est alors complété par le médecin ou son délégué. Ce formulaire (voir exemple à la page suivante) doit comprendre les informations suivantes :

- L'évaluation de la période de contagiosité;
- Les modalités de la TOD (2 fois par semaine, 3 fois par semaine; 5 fois par semaine ou 7 fois par semaine);
- Le lieu de la TOD : CLSC (services courants, soutien à domicile);
- La date du prochain rendez-vous médical;
- Le nom du médecin traitant, de l'intervenant de la Direction de santé publique et de la travailleuse communautaire s'il y a lieu.

2 Le formulaire de référence inter-établissement et l'ordonnance médicale sont acheminés à l'accueil centralisé du CLSC et à la Direction de santé publique. Le CLSC désigne un intervenant responsable du dossier.

3 Une rencontre entre l'intervenant de la Direction de santé publique est planifiée.

4 L'intervenant de la Direction de santé publique agit comme facilitateur en s'assurant du transfert des informations et en apportant du support aux intervenants tout au long du traitement.

5 L'intervenant désigné applique la TOD, s'assure du respect des modalités et envoie un rapport périodique via la fiche de liaison au médecin et à l'infirmière de la Direction de santé publique avant ou après chaque rendez-vous médical du patient, ou pour communiquer toute information qu'il juge pertinente (les effets secondaires des médicaments, les difficultés rencontrées, les doses manquées, les mesures incitatives utilisées, etc.).

6 À la fin du traitement, une rencontre évaluative est organisée entre le CLSC et l'intervenant de la Direction de santé publique.

Formulaire inter-établissement

RÉFÉRENCE INTERÉTABLISSEMENTS - page 1

REF- 01-96

Référence à :
Serv/progr. :
Tél :( ) Télec:

Demandé par :
Serv./progr. :
Tél:( ) Télec:
Intervenant :
Fonction :
Pré-hosp. ☐ Date prévue : A ___ /M ___ /J ___
Admis /Inscrit le :A ___ /M ___ /J ___
Congé prévu le : A ___ /M ___ /J ___ Heure :

Milieu de vie : Maison ☐ Logement/app. ☐
HLM/OSBL ☐ Ress.d'hab.privée ☐ CHSLD ☐
RTF/RI ☐ Autre :
Habite avec : Parent ☐ Enfant ☐ Seul ☐
Couple ☐ Autre :
Occupation : Travail ☐ Étude ☐ À la maison ☐
Retraité ☐ Autre :

Usager consent à référence et transmission info. ☐

Nom du père :
Nom de la mère :
Nom du conjoint:
Langue communication : F ☐ A ☐ Autre :
Lieu de naissance :
Adresse temporaire :

Code postal : Tél: ( )

Personne contact :
Lien : Tél : ( )
Langue communication : F ☐ A ☐ Autre :
Régime de protection ☐ Situation de garde légale ☐ (précisez p.2)

Motif de la demande / Ordonnance médicale :

Si ord. méd. : Nom du médecin | Signature | ( ) Tél. | Date (A/M/J)

Diagnostic principal (date) :

Médication actuelle :

Conditions associées/services reçus (dates)

Fourniture méd./équipement remis : ☐ (précisez p.2)
Pharmacie : Tél. : ( ) Allergies :

Suivi médical : MD de famille Tél.( ) Avisé ☐
Adresse : Suivi : Dom.☐ Bur.☐ CH☐ CLSC☐

Nom/spécialité	CH/Clinique/adresse	Prochain R.V.
		A ___ /M ___ /J ___
		A ___ /M ___ /J ___

Particularité, problème ou facteur de risque : (cochez et si oui, précisez à la p.2 dans la section appropriée)
Capacité fonctionnelle Oui ☐ Non ☐ Situation psychosociale Oui ☐ Non ☐ Environnement Oui ☐ Non ☐
P.J. : Protocole de soins ☐ Résumé d'hosp./des interv. ☐ Plan d'interv.☐ Progr. d'ens.☐ Autre(s)

NOM : **Signature** : A ___ /M ___ /J ___ Heure :

© Régie régionale de Montréal-**Centre, 1997**

Coordonnées de la Direction de santé publique

Direction de santé publique de Montréal-Centre

Équipe Tuberculose
Unité Maladies infectieuses
1301, rue Sherbrooke Est
Montréal (Québec) H2L 1M3

Téléphone : (514) 528-2400
Télécopieur confidentiel : (514) 528-2461

Nom	fonction	poste
Sylvianne Manseau	coordonnatrice	3608
Terry-Nan Tannenbaum	responsable médical	3375
Christine Lacroix	médecin-conseil	3631
Johanne Boisvert	infirmière	3650
Myrtha Cionti Bas	infirmière	3615
Lydia Gosselin	infirmière	3644
Marie-Claude Fournier	agente de planification	3607
Jocelyne Doucet	secrétaire	3813
Lucille Maheu	secrétaire, dossiers immigration	3881

* Révisé : août 2003

Coordonnées de l'Équipe Tuberculose de votre région

Direction de santé publique (région : _____)

(Cette page est à compléter par les intervenants des autres Direction de la santé publique)

Équipe Tuberculose

Téléphone : ( ) _____

Télécopieur : ( ) _____

Télécopieur confidentiel : ( ) _____

Nom	Fonction	poste

Documents de référence et d'information

- *Prévenir et enrayer la tuberculose*, MSSS, 2001
- *Protocole d'intervention provincial sur la tuberculose*, MSSS, Mise à jour 2000
- *La thérapie sous observation directe. Guide d'intervention à l'intention des CLSC*, Direction de la santé publique de Montréal-Centre, nov. 1998
- *Normes canadiennes pour la lutte antituberculeuse,* Association pulmonaire du Canada, 2000

  Pour commander : appeler au (514) 596-0805
  Site web : **www.lung.ca/tb/main.html**
- Self-Study Modules on Tuberculosis, CDC, 1995
  (5 modules d'enseignement)
  Division of Tuberculosis
  Elimination MS E-10
  Centers for Disease Control and Prevention
  1600 Clifton Road, NE
  Altanta, GA, 30333 USA

DÉPLIANTS (FRANÇAIS ET ANGLAIS) DISPONIBLES

- La tuberculose, MSSS, 1998
- Un test de dépistage de la tuberculose : le PPD, MSSS, 1998
- Vous prenez de l'isoniazide pour prévenir une tuberculose ?, MSSS, 1998
- Vous prenez des médicaments contre la tuberculose ?, MSSS, 1998

AUTRES PUBLICATIONS EN PLUSIEURS LANGUES

Association pulmonaire du Canada
Site web pour plus d'info : **http://www.lung.ca/tb/notenglish**

DOCUMENT GRATUIT

Pour commander 10 dépliants et moins : communiquez avec madame Jocelyne Doucet, au (514) 528-2400, poste 3813. Direction de la santé publique de Montréal-Centre.

Pour commander plus de 10 dépliants : communiquez avec le Ministère de la Santé et des Services sociaux soit par télécopie (418) 644-4575, soit par courriel : **communications@msss.gouv.qc.ca.**

Section 2

L'information à remettre au patient

Qu'est-ce que la thérapie sous observation directe (TOD)?

Quoi?

La TOD consiste en l'observation par une infirmière ou un autre intervenant de l'ingestion de tous vos médicaments contre la tuberculose.

Pourquoi?

Pour guérir votre tuberculose le plus rapidement et le plus efficacement possible, le médecin vous a prescrit des antibiotiques que vous devez prendre pendant une période d'au moins six (6) mois. Six mois c'est très long et ça demande beaucoup de motivation et d'encouragement. C'est donc pour cette raison que votre médecin vous a prescrit une thérapie sous observation directe (TOD).

Qui?

Cette personne vous accompagnera et vous supportera tout au long de votre traitement. Elle est une alliée qui trouvera les mots pour vous motiver, pour répondre à vos questions et pour faire le lien avec votre médecin.

En bref,

L'intervenant doit toujours être en votre présence lorsqu'il est temps d'avaler les médicaments.

Il est très important de respecter les rendez-vous avec votre intervenant et votre médecin traitant.

Aide-mémoire

Nom de l'intervenant : _____

Téléphone : ( ) _____

CLSC : _____ Téléphone : ( ) _____

Jours des rencontres : _____

Lieu des rencontres : _____

Heures des rencontres : _____

Questions fréquemment posées par les patients

Q : Pourquoi ai-je autant de pilules à prendre?

R : Certains microbes peuvent être résistants aux antibiotiques, c'est pourquoi le médecin en début de traitement vous prescrira 3 ou 4 médicaments. Dès que les tests auront montré que les microbes responsables de votre tuberculose sont éliminés par les médicaments, votre médecin pourra en réduire le nombre. Les vitamines servent à prévenir les effets indésirables de certains médicaments.

Q : Suis-je encore contagieux?

R : Après quelques semaines de traitement pris correctement, la plupart des personnes ne sont plus contagieuses et ne présentent aucun risque pour leur entourage. Votre médecin vous dira quand vous pourrez reprendre votre travail ou vos activités sociales. La prise de médication telle que prescrite assure que vous resterez non contagieux.

Q : Dois-je porter un masque?

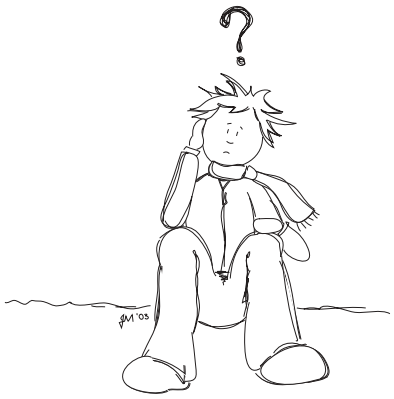
R : Votre médecin traitant vous informera de l'obligation de porter un masque lors de vos activités. Vous aurez à porter un masque tant que votre médecin considérera que vous pouvez transmettre le microbe.

Q : Dans quelles circonstances dois-je porter un masque?

R : De façon générale, lorsque vous êtes contagieux, vous devez, dans la mesure du possible, rester chez vous et ne pas fréquenter de lieux publics et en discuter avec votre intervenant.

Q : Quels sont les frais associés à mon traitement médicamenteux et à celui de ma famille?

R : Les médicaments pour les personnes atteintes de tuberculose-infection et de tuberculose-maladie sont fournis gratuitement par le gouvernement du Québec.



Questions fréquemment posées par les patients (suite)

Q : Pourquoi le traitement de la tuberculose est-il si long?

R : Pour être certain d'avoir tué tous les microbes. Le microbe qui cause la tuberculose est difficile à éliminer. Le traitement est très long mais c'est la seule façon d'assurer la guérison.

Q : Puis-je reprendre mes activités?

R : Il n'y a aucune restriction. Vous seul connaissez les activités qui vous conviennent. Écoutez votre corps et allez-y selon vos forces.

Q : Puis-je boire de l'alcool?

R : Le moins possible. Étant donné que la majorité des médicaments sont éliminés par le foie, la consommation d'alcool risque de causer des effets indésirables (nausées, vomissements).

Q : Puis-je continuer à fumer?

R : Étant donné que vous souffrez d'une tuberculose pulmonaire, il est important de ne pas fumer. Si c'est impossible pour vous, tentez de diminuer votre quantité de cigarettes par jour.

Ressources communautaires

	Coordonnées	Téléphone
Direction de santé publique		
CLSC		
Aide économique		
Adultes		
Enfance		

Calendrier des visites de TOD

Copies du calendrier (6)

Vous pouvez remplir le calendrier et le remettre au patient à chaque mois.

DIMANCHE	LUNDI	MARDI	MERCREDI	JEUDI	VENDREDI	SAMEDI

DIMANCHE	LUNDI	MARDI	MERCREDI	JEUDI	VENDREDI	SAMEDI

DIMANCHE	LUNDI	MARDI	MERCREDI	JEUDI	VENDREDI	SAMEDI

DIMANCHE	LUNDI	MARDI	MERCREDI	JEUDI	VENDREDI	SAMEDI

DIMANCHE	LUNDI	MARDI	MERCREDI	JEUDI	VENDREDI	SAMEDI

DIMANCHE	LUNDI	MARDI	MERCREDI	JEUDI	VENDREDI	SAMEDI

Section 3
Dossier clinique

Dossier patient

Identification

Nom : _____ Prénom : _____

Sexe : m ☐ f ☐ DDN : ____ / ____ / ____ (JJ / MM / AAAA) Assurance maladie : _____

Adresse : _____

_____ Code postal : _____

N° de téléphone : rés.: ( ) _____ trav.: ( ) _____

Habite avec : _____

Pays d'origine : _____ Au Canada depuis le : _____

Statut : immigrant ☐ réfugié ☐ étudiant ☐ visa de travail ☐

Langue parlée : français ☐ anglais ☐ autre ☐ : _____

Interprète : oui ☐ non ☐ Nom : _____ téléphone : ( ) _____

Contagiosité

Période de la contagiosité : du _____ au _____

Tuberculose : pulmonaire ☐ extrapulmonaire ☐

Nom du médecin traitant : _____ Téléphone : ( ) _____

Port du masque recommandé : non ☐ oui ☐ (si oui, par qui ?) : intervenant ☐ patient ☐

Commentaires : _____

Demande de TOD

Motifs justifiant la demande de TOD : _____

_____

_____

Lieu de la TOD : MAD ☐ services courants ☐ école ☐ autre ☐ : _____

Nom de l'infirmière responsable de la TOD au CLSC : _____

poste tél. : _____ **Lieu d'entreposage des médicaments :** _____

_____

Horaire de la TOD : _____

Facilitateurs identifiés : _____

Dossier patient (suite)

Nom : _____ Prénom : _____

Numéro de dossier au CLSC : _____

Enseignement de la tuberculose au patient

	Date	Thèmes abordés	Initiales
Infirmière DSP			

	Date	Thèmes abordés	Initiales
Infirmière CLSC			

Régime thérapeutique

Choix du régime : TOD 2/7jours ☐ TOD 3/7jours ☐ TOD 5/7jours ☐ TOD 7/7jours ☐

Nom	Posologie	Date de début	Date de cessation	Raisons		
				tx complété	effets sec.	autres
Izoniazide (INH)						
Rifampin (RIF)						
Ethambutol (EMB)						
Pyrazinamide (PZA)						
Pyridoxine (Vit. B6)						

Dossier patient (suite)

Nom : _____ Prénom : _____

Numéro de dossier au CLSC : _____

Partenaires impliqués au niveau de la TOD

Direction de santé publique – DSP

Nom de l'infirmière responsable : _____

Téléphone : ( )_____ Poste : _____ Télécopieur : ( ) _____

Médecin traitant

Nom du MD : _____

Hôpital : _____ n° de dossier : _____

Téléphone : ( ) _____

Téléavertisseur : ( ) _____Télécopieur : ( ) _____

Pharmacie

Nom du pharmacien : _____ Prénom : _____

Adresse : _____

Téléphone : ( )_____ Télécopieur : ( ) _____

Un formulaire de consentement de divulgation d'informations au pharmacien a été signé par le patient et télécopié au pharmacien : oui ☐ non ☐ le : _____

Autres ressources impliquées

Organisme : _____

Nom de l'intervenant : _____

Rôle : _____ Téléphone : ( ) _____

Organisme : _____

Nom de l'intervenant : _____

Rôle : _____ Téléphone : ( ) _____

Grilles d'administration des médicaments

4 régimes thérapeutiques

Complétées après chaque TOD, ces grilles permettent de suivre facilement l'évolution du traitement et, si nécéssaire, d'ajuster les interventions.

Grille d'administration des médicaments

Régime intermittent : 2 fois par semaine

		Effets secondaires Si oui, compléter le formulaire		Initiales intervenant	Commentaires (incitatifs requis, facilité(s) difficulté(s), absence du patient
Semaine 1	Date : ____ /____ /_____	oui ☐	non ☐	_____	_____
	Date : ____ /____ /_____	oui ☐	non ☐	_____	_____
	Date : ____ /____ /_____	oui ☐	non ☐	_____	_____
	Date : ____ /____ /_____	oui ☐	non ☐	_____	_____
	Date : ____ /____ /_____	oui ☐	non ☐	_____	_____
	Date : ____ /____ /_____	oui ☐	non ☐	_____	_____
	Date : ____ /____ /_____	oui ☐	non ☐	_____	_____
Semaine 2	Date : ____ /____ /_____	oui ☐	non ☐	_____	_____
	Date : ____ /____ /_____	oui ☐	non ☐	_____	_____
	Date : ____ /____ /_____	oui ☐	non ☐	_____	_____
	Date : ____ /____ /_____	oui ☐	non ☐	_____	_____
	Date : ____ /____ /_____	oui ☐	non ☐	_____	_____
	Date : ____ /____ /_____	oui ☐	non ☐	_____	_____
	Date : ____ /____ /_____	oui ☐	non ☐	_____	_____
Semaine 3	Date : ____ /____ /_____	oui ☐	non ☐	_____	_____
	Date : ____ /____ /_____	oui ☐	non ☐	_____	_____
Semaine 4	Date : ____ /____ /_____	oui ☐	non ☐	_____	_____
	Date : ____ /____ /_____	oui ☐	non ☐	_____	_____
Semaine 5	Date : ____ /____ /_____	oui ☐	non ☐	_____	_____
	Date : ____ /____ /_____	oui ☐	non ☐	_____	_____
Semaine 6	Date : ____ /____ /_____	oui ☐	non ☐	_____	_____
	Date : ____ /____ /_____	oui ☐	non ☐	_____	_____
Semaine 7	Date : ____ /____ /_____	oui ☐	non ☐	_____	_____
	Date : ____ /____ /_____	oui ☐	non ☐	_____	_____
Semaine 8	Date : ____ /____ /_____	oui ☐	non ☐	_____	_____
	Date : ____ /____ /_____	oui ☐	non ☐	_____	_____
Semaine 9	Date : ____ /____ /_____	oui ☐	non ☐	_____	_____
	Date : ____ /____ /_____	oui ☐	non ☐	_____	_____
Semaine 10	Date : ____ /____ /_____	oui ☐	non ☐	_____	_____
	Date : ____ /____ /_____	oui ☐	non ☐	_____	_____
Semaine 11	Date : ____ /____ /_____	oui ☐	non ☐	_____	_____
	Date : ____ /____ /_____	oui ☐	non ☐	_____	_____

Grille d'administration des médicaments

Régime intermittent : 2 fois par semaine

		Effets secondaires Si oui, compléter le formulaire		Initiales intervenant	Commentaires (incitatifs requis, facilité(s) difficulté(s), absence du patient
Semaine 12	Date : ____ /____ /_____	oui ☐	non ☐	_____	_____
	Date : ____ /____ /_____	oui ☐	non ☐	_____	_____
Semaine 13	Date : ____ /____ /_____	oui ☐	non ☐	_____	_____
	Date : ____ /____ /_____	oui ☐	non ☐	_____	_____
Semaine 14	Date : ____ /____ /_____	oui ☐	non ☐	_____	_____
	Date : ____ /____ /_____	oui ☐	non ☐	_____	_____
Semaine 15	Date : ____ /____ /_____	oui ☐	non ☐	_____	_____
	Date : ____ /____ /_____	oui ☐	non ☐	_____	_____
Semaine 16	Date : ____ /____ /_____	oui ☐	non ☐	_____	_____
	Date : ____ /____ /_____	oui ☐	non ☐	_____	_____
Semaine 17	Date : ____ /____ /_____	oui ☐	non ☐	_____	_____
	Date : ____ /____ /_____	oui ☐	non ☐	_____	_____
Semaine 18	Date : ____ /____ /_____	oui ☐	non ☐	_____	_____
	Date : ____ /____ /_____	oui ☐	non ☐	_____	_____
Semaine 19	Date : ____ /____ /_____	oui ☐	non ☐	_____	_____
	Date : ____ /____ /_____	oui ☐	non ☐	_____	_____
Semaine 20	Date : ____ /____ /_____	oui ☐	non ☐	_____	_____
	Date : ____ /____ /_____	oui ☐	non ☐	_____	_____
Semaine 21	Date : ____ /____ /_____	oui ☐	non ☐	_____	_____
	Date : ____ /____ /_____	oui ☐	non ☐	_____	_____
Semaine 22	Date : ____ /____ /_____	oui ☐	non ☐	_____	_____
	Date : ____ /____ /_____	oui ☐	non ☐	_____	_____
Semaine 23	Date : ____ /____ /_____	oui ☐	non ☐	_____	_____
	Date : ____ /____ /_____	oui ☐	non ☐	_____	_____
Semaine 24	Date : ____ /____ /_____	oui ☐	non ☐	_____	_____
	Date : ____ /____ /_____	oui ☐	non ☐	_____	_____
Semaine 25	Date : ____ /____ /_____	oui ☐	non ☐	_____	_____
	Date : ____ /____ /_____	oui ☐	non ☐	_____	_____
Semaine 26	Date : ____ /____ /_____	oui ☐	non ☐	_____	_____
	Date : ____ /____ /_____	oui ☐	non ☐	_____	_____

Grille d'administration des médicaments

Régime intermittent : 3 fois par semaine

		Effets secondaires Si oui, compléter le formulaire		Initiales intervenant	Commentaires (incitatifs requis, facilité(s) difficulté(s), absence du patient
Semaine 1	Date : ____ /____ /_____	oui ☐	non ☐	_____	_____
	Date : ____ /____ /_____	oui ☐	non ☐	_____	_____
	Date : ____ /____ /_____	oui ☐	non ☐	_____	_____
	Date : ____ /____ /_____	oui ☐	non ☐	_____	_____
	Date : ____ /____ /_____	oui ☐	non ☐	_____	_____
	Date : ____ /____ /_____	oui ☐	non ☐	_____	_____
	Date : ____ /____ /_____	oui ☐	non ☐	_____	_____
Semaine 2	Date : ____ /____ /_____	oui ☐	non ☐	_____	_____
	Date : ____ /____ /_____	oui ☐	non ☐	_____	_____
	Date : ____ /____ /_____	oui ☐	non ☐	_____	_____
	Date : ____ /____ /_____	oui ☐	non ☐	_____	_____
	Date : ____ /____ /_____	oui ☐	non ☐	_____	_____
	Date : ____ /____ /_____	oui ☐	non ☐	_____	_____
	Date : ____ /____ /_____	oui ☐	non ☐	_____	_____
Semaine 3	Date : ____ /____ /_____	oui ☐	non ☐	_____	_____
	Date : ____ /____ /_____	oui ☐	non ☐	_____	_____
	Date : ____ /____ /_____	oui ☐	non ☐	_____	_____
Semaine 4	Date : ____ /____ /_____	oui ☐	non ☐	_____	_____
	Date : ____ /____ /_____	oui ☐	non ☐	_____	_____
	Date : ____ /____ /_____	oui ☐	non ☐	_____	_____
Semaine 5	Date : ____ /____ /_____	oui ☐	non ☐	_____	_____
	Date : ____ /____ /_____	oui ☐	non ☐	_____	_____
	Date : ____ /____ /_____	oui ☐	non ☐	_____	_____
Semaine 6	Date : ____ /____ /_____	oui ☐	non ☐	_____	_____
	Date : ____ /____ /_____	oui ☐	non ☐	_____	_____
	Date : ____ /____ /_____	oui ☐	non ☐	_____	_____
Semaine 7	Date : ____ /____ /_____	oui ☐	non ☐	_____	_____
	Date : ____ /____ /_____	oui ☐	non ☐	_____	_____
	Date : ____ /____ /_____	oui ☐	non ☐	_____	_____
Semaine 8	Date : ____ /____ /_____	oui ☐	non ☐	_____	_____
	Date : ____ /____ /_____	oui ☐	non ☐	_____	_____
	Date : ____ /____ /_____	oui ☐	non ☐	_____	_____

Grille d'administration des médicaments

Régime intermittent : 3 fois par semaine

		Effets secondaires Si oui, compléter le formulaire		Initiales intervenant	Commentaires (incitatifs requis, facilité(s) difficulté(s), absence du patient
Semaine 9	Date : ____ /____ /_____	oui ☐	non ☐	_____	_____
	Date : ____ /____ /_____	oui ☐	non ☐	_____	_____
	Date : ____ /____ /_____	oui ☐	non ☐	_____	_____
Semaine 10	Date : ____ /____ /_____	oui ☐	non ☐	_____	_____
	Date : ____ /____ /_____	oui ☐	non ☐	_____	_____
	Date : ____ /____ /_____	oui ☐	non ☐	_____	_____
Semaine 11	Date : ____ /____ /_____	oui ☐	non ☐	_____	_____
	Date : ____ /____ /_____	oui ☐	non ☐	_____	_____
	Date : ____ /____ /_____	oui ☐	non ☐	_____	_____
Semaine 12	Date : ____ /____ /_____	oui ☐	non ☐	_____	_____
	Date : ____ /____ /_____	oui ☐	non ☐	_____	_____
	Date : ____ /____ /_____	oui ☐	non ☐	_____	_____
Semaine 13	Date : ____ /____ /_____	oui ☐	non ☐	_____	_____
	Date : ____ /____ /_____	oui ☐	non ☐	_____	_____
	Date : ____ /____ /_____	oui ☐	non ☐	_____	_____
Semaine 14	Date : ____ /____ /_____	oui ☐	non ☐	_____	_____
	Date : ____ /____ /_____	oui ☐	non ☐	_____	_____
	Date : ____ /____ /_____	oui ☐	non ☐	_____	_____
Semaine 15	Date : ____ /____ /_____	oui ☐	non ☐	_____	_____
	Date : ____ /____ /_____	oui ☐	non ☐	_____	_____
	Date : ____ /____ /_____	oui ☐	non ☐	_____	_____
Semaine 16	Date : ____ /____ /_____	oui ☐	non ☐	_____	_____
	Date : ____ /____ /_____	oui ☐	non ☐	_____	_____
	Date : ____ /____ /_____	oui ☐	non ☐	_____	_____
Semaine 17	Date : ____ /____ /_____	oui ☐	non ☐	_____	_____
	Date : ____ /____ /_____	oui ☐	non ☐	_____	_____
	Date : ____ /____ /_____	oui ☐	non ☐	_____	_____
Semaine 18	Date : ____ /____ /_____	oui ☐	non ☐	_____	_____
	Date : ____ /____ /_____	oui ☐	non ☐	_____	_____
	Date : ____ /____ /_____	oui ☐	non ☐	_____	_____

Grille d'administration des médicaments

Régime intermittent : 3 fois par semaine

		Effets secondaires Si oui, compléter le formulaire		Initiales intervenant	Commentaires (incitatifs requis, facilité(s) difficulté(s), absence du patient
Semaine 19	Date : ____ /____ /_____	oui ☐	non ☐	_____	_____
	Date : ____ /____ /_____	oui ☐	non ☐	_____	_____
	Date : ____ /____ /_____	oui ☐	non ☐	_____	_____
Semaine 20	Date : ____ /____ /_____	oui ☐	non ☐	_____	_____
	Date : ____ /____ /_____	oui ☐	non ☐	_____	_____
	Date : ____ /____ /_____	oui ☐	non ☐	_____	_____
Semaine 21	Date : ____ /____ /_____	oui ☐	non ☐	_____	_____
	Date : ____ /____ /_____	oui ☐	non ☐	_____	_____
	Date : ____ /____ /_____	oui ☐	non ☐	_____	_____
Semaine 22	Date : ____ /____ /_____	oui ☐	non ☐	_____	_____
	Date : ____ /____ /_____	oui ☐	non ☐	_____	_____
	Date : ____ /____ /_____	oui ☐	non ☐	_____	_____
Semaine 23	Date : ____ /____ /_____	oui ☐	non ☐	_____	_____
	Date : ____ /____ /_____	oui ☐	non ☐	_____	_____
	Date : ____ /____ /_____	oui ☐	non ☐	_____	_____
Semaine 24	Date : ____ /____ /_____	oui ☐	non ☐	_____	_____
	Date : ____ /____ /_____	oui ☐	non ☐	_____	_____
	Date : ____ /____ /_____	oui ☐	non ☐	_____	_____
Semaine 25	Date : ____ /____ /_____	oui ☐	non ☐	_____	_____
	Date : ____ /____ /_____	oui ☐	non ☐	_____	_____
	Date : ____ /____ /_____	oui ☐	non ☐	_____	_____
Semaine 26	Date : ____ /____ /_____	oui ☐	non ☐	_____	_____
	Date : ____ /____ /_____	oui ☐	non ☐	_____	_____
	Date : ____ /____ /_____	oui ☐	non ☐	_____	_____

Grille d'administration des médicaments

Régime intermittent : 5 fois par semaine

		Effets secondaires Si oui, compléter le formulaire		Initiales intervenant	Commentaires (incitatifs requis, facilité(s) difficulté(s), absence du patient
Semaine 1	Date : ____ /____ /_____	oui ☐	non ☐	_____	_____
	Date : ____ /____ /_____	oui ☐	non ☐	_____	_____
	Date : ____ /____ /_____	oui ☐	non ☐	_____	_____
	Date : ____ /____ /_____	oui ☐	non ☐	_____	_____
	Date : ____ /____ /_____	oui ☐	non ☐	_____	_____
	Date : ____ /____ /_____	oui ☐	non ☐	_____	_____
	Date : ____ /____ /_____	oui ☐	non ☐	_____	_____
Semaine 2	Date : ____ /____ /_____	oui ☐	non ☐	_____	_____
	Date : ____ /____ /_____	oui ☐	non ☐	_____	_____
	Date : ____ /____ /_____	oui ☐	non ☐	_____	_____
	Date : ____ /____ /_____	oui ☐	non ☐	_____	_____
	Date : ____ /____ /_____	oui ☐	non ☐	_____	_____
	Date : ____ /____ /_____	oui ☐	non ☐	_____	_____
	Date : ____ /____ /_____	oui ☐	non ☐	_____	_____
Semaine 3	Date : ____ /____ /_____	oui ☐	non ☐	_____	_____
	Date : ____ /____ /_____	oui ☐	non ☐	_____	_____
	Date : ____ /____ /_____	oui ☐	non ☐	_____	_____
	Date : ____ /____ /_____	oui ☐	non ☐	_____	_____
	Date : ____ /____ /_____	oui ☐	non ☐	_____	_____
Semaine 4	Date : ____ /____ /_____	oui ☐	non ☐	_____	_____
	Date : ____ /____ /_____	oui ☐	non ☐	_____	_____
	Date : ____ /____ /_____	oui ☐	non ☐	_____	_____
	Date : ____ /____ /_____	oui ☐	non ☐	_____	_____
	Date : ____ /____ /_____	oui ☐	non ☐	_____	_____
Semaine 5	Date : ____ /____ /_____	oui ☐	non ☐	_____	_____
	Date : ____ /____ /_____	oui ☐	non ☐	_____	_____
	Date : ____ /____ /_____	oui ☐	non ☐	_____	_____
	Date : ____ /____ /_____	oui ☐	non ☐	_____	_____
	Date : ____ /____ /_____	oui ☐	non ☐	_____	_____
Semaine 6	Date : ____ /____ /_____	oui ☐	non ☐	_____	_____
	Date : ____ /____ /_____	oui ☐	non ☐	_____	_____
	Date : ____ /____ /_____	oui ☐	non ☐	_____	_____
	Date : ____ /____ /_____	oui ☐	non ☐	_____	_____
	Date : ____ /____ /_____	oui ☐	non ☐	_____	_____

Grille d'administration des médicaments

Régime intermittent : 5 fois par semaine

		Effets secondaires Si oui, compléter le formulaire		Initiales intervenant	Commentaires (incitatifs requis, facilité(s) difficulté(s), absence du patient
Semaine 7	Date : ____ /____ /_____	oui ☐	non ☐	_____	_____
	Date : ____ /____ /_____	oui ☐	non ☐	_____	_____
	Date : ____ /____ /_____	oui ☐	non ☐	_____	_____
	Date : ____ /____ /_____	oui ☐	non ☐	_____	_____
	Date : ____ /____ /_____	oui ☐	non ☐	_____	_____
Semaine 8	Date : ____ /____ /_____	oui ☐	non ☐	_____	_____
	Date : ____ /____ /_____	oui ☐	non ☐	_____	_____
	Date : ____ /____ /_____	oui ☐	non ☐	_____	_____
	Date : ____ /____ /_____	oui ☐	non ☐	_____	_____
	Date : ____ /____ /_____	oui ☐	non ☐	_____	_____
Semaine 9	Date : ____ /____ /_____	oui ☐	non ☐	_____	_____
	Date : ____ /____ /_____	oui ☐	non ☐	_____	_____
	Date : ____ /____ /_____	oui ☐	non ☐	_____	_____
	Date : ____ /____ /_____	oui ☐	non ☐	_____	_____
	Date : ____ /____ /_____	oui ☐	non ☐	_____	_____
Semaine 10	Date : ____ /____ /_____	oui ☐	non ☐	_____	_____
	Date : ____ /____ /_____	oui ☐	non ☐	_____	_____
	Date : ____ /____ /_____	oui ☐	non ☐	_____	_____
	Date : ____ /____ /_____	oui ☐	non ☐	_____	_____
	Date : ____ /____ /_____	oui ☐	non ☐	_____	_____
Semaine 11	Date : ____ /____ /_____	oui ☐	non ☐	_____	_____
	Date : ____ /____ /_____	oui ☐	non ☐	_____	_____
	Date : ____ /____ /_____	oui ☐	non ☐	_____	_____
	Date : ____ /____ /_____	oui ☐	non ☐	_____	_____
	Date : ____ /____ /_____	oui ☐	non ☐	_____	_____
Semaine 12	Date : ____ /____ /_____	oui ☐	non ☐	_____	_____
	Date : ____ /____ /_____	oui ☐	non ☐	_____	_____
	Date : ____ /____ /_____	oui ☐	non ☐	_____	_____
	Date : ____ /____ /_____	oui ☐	non ☐	_____	_____
	Date : ____ /____ /_____	oui ☐	non ☐	_____	_____
Semaine 13	Date : ____ /____ /_____	oui ☐	non ☐	_____	_____
	Date : ____ /____ /_____	oui ☐	non ☐	_____	_____
	Date : ____ /____ /_____	oui ☐	non ☐	_____	_____
	Date : ____ /____ /_____	oui ☐	non ☐	_____	_____
	Date : ____ /____ /_____	oui ☐	non ☐	_____	_____

Grille d'administration des médicaments

Régime intermittent : 5 fois par semaine

		Effets secondaires Si oui, compléter le formulaire		Initiales intervenant	Commentaires (incitatifs requis, facilité(s) difficulté(s), absence du patient
Semaine 14	Date : ____ /____ /_____	oui ☐	non ☐	_____	_____
	Date : ____ /____ /_____	oui ☐	non ☐	_____	_____
	Date : ____ /____ /_____	oui ☐	non ☐	_____	_____
	Date : ____ /____ /_____	oui ☐	non ☐	_____	_____
	Date : ____ /____ /_____	oui ☐	non ☐	_____	_____
Semaine 15	Date : ____ /____ /_____	oui ☐	non ☐	_____	_____
	Date : ____ /____ /_____	oui ☐	non ☐	_____	_____
	Date : ____ /____ /_____	oui ☐	non ☐	_____	_____
	Date : ____ /____ /_____	oui ☐	non ☐	_____	_____
	Date : ____ /____ /_____	oui ☐	non ☐	_____	_____
Semaine 16	Date : ____ /____ /_____	oui ☐	non ☐	_____	_____
	Date : ____ /____ /_____	oui ☐	non ☐	_____	_____
	Date : ____ /____ /_____	oui ☐	non ☐	_____	_____
	Date : ____ /____ /_____	oui ☐	non ☐	_____	_____
	Date : ____ /____ /_____	oui ☐	non ☐	_____	_____
Semaine 17	Date : ____ /____ /_____	oui ☐	non ☐	_____	_____
	Date : ____ /____ /_____	oui ☐	non ☐	_____	_____
	Date : ____ /____ /_____	oui ☐	non ☐	_____	_____
	Date : ____ /____ /_____	oui ☐	non ☐	_____	_____
	Date : ____ /____ /_____	oui ☐	non ☐	_____	_____
Semaine 18	Date : ____ /____ /_____	oui ☐	non ☐	_____	_____
	Date : ____ /____ /_____	oui ☐	non ☐	_____	_____
	Date : ____ /____ /_____	oui ☐	non ☐	_____	_____
	Date : ____ /____ /_____	oui ☐	non ☐	_____	_____
	Date : ____ /____ /_____	oui ☐	non ☐	_____	_____
Semaine 19	Date : ____ /____ /_____	oui ☐	non ☐	_____	_____
	Date : ____ /____ /_____	oui ☐	non ☐	_____	_____
	Date : ____ /____ /_____	oui ☐	non ☐	_____	_____
	Date : ____ /____ /_____	oui ☐	non ☐	_____	_____
	Date : ____ /____ /_____	oui ☐	non ☐	_____	_____
Semaine 20	Date : ____ /____ /_____	oui ☐	non ☐	_____	_____
	Date : ____ /____ /_____	oui ☐	non ☐	_____	_____
	Date : ____ /____ /_____	oui ☐	non ☐	_____	_____
	Date : ____ /____ /_____	oui ☐	non ☐	_____	_____
	Date : ____ /____ /_____	oui ☐	non ☐	_____	_____

Grille d'administration des médicaments

Régime intermittent : 5 fois par semaine

		Effets secondaires Si oui, compléter le formulaire		Initiales intervenant	Commentaires (incitatifs requis, facilité(s) difficulté(s), absence du patient
Semaine 21	Date : ____ /____ /_____	oui ☐	non ☐	_____	_____
	Date : ____ /____ /_____	oui ☐	non ☐	_____	_____
	Date : ____ /____ /_____	oui ☐	non ☐	_____	_____
	Date : ____ /____ /_____	oui ☐	non ☐	_____	_____
	Date : ____ /____ /_____	oui ☐	non ☐	_____	_____
Semaine 22	Date : ____ /____ /_____	oui ☐	non ☐	_____	_____
	Date : ____ /____ /_____	oui ☐	non ☐	_____	_____
	Date : ____ /____ /_____	oui ☐	non ☐	_____	_____
	Date : ____ /____ /_____	oui ☐	non ☐	_____	_____
	Date : ____ /____ /_____	oui ☐	non ☐	_____	_____
Semaine 23	Date : ____ /____ /_____	oui ☐	non ☐	_____	_____
	Date : ____ /____ /_____	oui ☐	non ☐	_____	_____
	Date : ____ /____ /_____	oui ☐	non ☐	_____	_____
	Date : ____ /____ /_____	oui ☐	non ☐	_____	_____
	Date : ____ /____ /_____	oui ☐	non ☐	_____	_____
Semaine 24	Date : ____ /____ /_____	oui ☐	non ☐	_____	_____
	Date : ____ /____ /_____	oui ☐	non ☐	_____	_____
	Date : ____ /____ /_____	oui ☐	non ☐	_____	_____
	Date : ____ /____ /_____	oui ☐	non ☐	_____	_____
	Date : ____ /____ /_____	oui ☐	non ☐	_____	_____
Semaine 25	Date : ____ /____ /_____	oui ☐	non ☐	_____	_____
	Date : ____ /____ /_____	oui ☐	non ☐	_____	_____
	Date : ____ /____ /_____	oui ☐	non ☐	_____	_____
	Date : ____ /____ /_____	oui ☐	non ☐	_____	_____
	Date : ____ /____ /_____	oui ☐	non ☐	_____	_____
Semaine 26	Date : ____ /____ /_____	oui ☐	non ☐	_____	_____
	Date : ____ /____ /_____	oui ☐	non ☐	_____	_____
	Date : ____ /____ /_____	oui ☐	non ☐	_____	_____
	Date : ____ /____ /_____	oui ☐	non ☐	_____	_____
	Date : ____ /____ /_____	oui ☐	non ☐	_____	_____

Grille d'administration des médicaments

Régime quotidien : 7 fois par semaine

		Effets secondaires Si oui, compléter le formulaire		Initiales intervenant	Commentaires (incitatifs requis, facilité(s) difficulté(s), absence du patient
Semaine 1	Date : ____ /____ /_____	oui ☐	non ☐	_____	_____
	Date : ____ /____ /_____	oui ☐	non ☐	_____	_____
	Date : ____ /____ /_____	oui ☐	non ☐	_____	_____
	Date : ____ /____ /_____	oui ☐	non ☐	_____	_____
	Date : ____ /____ /_____	oui ☐	non ☐	_____	_____
	Date : ____ /____ /_____	oui ☐	non ☐	_____	_____
	Date : ____ /____ /_____	oui ☐	non ☐	_____	_____
Semaine 2	Date : ____ /____ /_____	oui ☐	non ☐	_____	_____
	Date : ____ /____ /_____	oui ☐	non ☐	_____	_____
	Date : ____ /____ /_____	oui ☐	non ☐	_____	_____
	Date : ____ /____ /_____	oui ☐	non ☐	_____	_____
	Date : ____ /____ /_____	oui ☐	non ☐	_____	_____
	Date : ____ /____ /_____	oui ☐	non ☐	_____	_____
	Date : ____ /____ /_____	oui ☐	non ☐	_____	_____
Semaine 3	Date : ____ /____ /_____	oui ☐	non ☐	_____	_____
	Date : ____ /____ /_____	oui ☐	non ☐	_____	_____
	Date : ____ /____ /_____	oui ☐	non ☐	_____	_____
	Date : ____ /____ /_____	oui ☐	non ☐	_____	_____
	Date : ____ /____ /_____	oui ☐	non ☐	_____	_____
	Date : ____ /____ /_____	oui ☐	non ☐	_____	_____
	Date : ____ /____ /_____	oui ☐	non ☐	_____	_____
Semaine 4	Date : ____ /____ /_____	oui ☐	non ☐	_____	_____
	Date : ____ /____ /_____	oui ☐	non ☐	_____	_____
	Date : ____ /____ /_____	oui ☐	non ☐	_____	_____
	Date : ____ /____ /_____	oui ☐	non ☐	_____	_____
	Date : ____ /____ /_____	oui ☐	non ☐	_____	_____
	Date : ____ /____ /_____	oui ☐	non ☐	_____	_____
	Date : ____ /____ /_____	oui ☐	non ☐	_____	_____
Semaine 5	Date : ____ /____ /_____	oui ☐	non ☐	_____	_____
	Date : ____ /____ /_____	oui ☐	non ☐	_____	_____
	Date : ____ /____ /_____	oui ☐	non ☐	_____	_____
	Date : ____ /____ /_____	oui ☐	non ☐	_____	_____
	Date : ____ /____ /_____	oui ☐	non ☐	_____	_____
	Date : ____ /____ /_____	oui ☐	non ☐	_____	_____
	Date : ____ /____ /_____	oui ☐	non ☐	_____	_____

Grille d'administration des médicaments

Régime quotidien : 7 fois par semaine

		Effets secondaires Si oui, compléter le formulaire		Initiales intervenant	Commentaires (incitatifs requis, facilité(s) difficulté(s), absence du patient
Semaine 6	Date : ____ /____ /_____	oui ☐	non ☐	_____	_____
	Date : ____ /____ /_____	oui ☐	non ☐	_____	_____
	Date : ____ /____ /_____	oui ☐	non ☐	_____	_____
	Date : ____ /____ /_____	oui ☐	non ☐	_____	_____
	Date : ____ /____ /_____	oui ☐	non ☐	_____	_____
	Date : ____ /____ /_____	oui ☐	non ☐	_____	_____
	Date : ____ /____ /_____	oui ☐	non ☐	_____	_____
Semaine 7	Date : ____ /____ /_____	oui ☐	non ☐	_____	_____
	Date : ____ /____ /_____	oui ☐	non ☐	_____	_____
	Date : ____ /____ /_____	oui ☐	non ☐	_____	_____
	Date : ____ /____ /_____	oui ☐	non ☐	_____	_____
	Date : ____ /____ /_____	oui ☐	non ☐	_____	_____
	Date : ____ /____ /_____	oui ☐	non ☐	_____	_____
	Date : ____ /____ /_____	oui ☐	non ☐	_____	_____
Semaine 8	Date : ____ /____ /_____	oui ☐	non ☐	_____	_____
	Date : ____ /____ /_____	oui ☐	non ☐	_____	_____
	Date : ____ /____ /_____	oui ☐	non ☐	_____	_____
	Date : ____ /____ /_____	oui ☐	non ☐	_____	_____
	Date : ____ /____ /_____	oui ☐	non ☐	_____	_____
	Date : ____ /____ /_____	oui ☐	non ☐	_____	_____
	Date : ____ /____ /_____	oui ☐	non ☐	_____	_____
Semaine 9	Date : ____ /____ /_____	oui ☐	non ☐	_____	_____
	Date : ____ /____ /_____	oui ☐	non ☐	_____	_____
	Date : ____ /____ /_____	oui ☐	non ☐	_____	_____
	Date : ____ /____ /_____	oui ☐	non ☐	_____	_____
	Date : ____ /____ /_____	oui ☐	non ☐	_____	_____
	Date : ____ /____ /_____	oui ☐	non ☐	_____	_____
	Date : ____ /____ /_____	oui ☐	non ☐	_____	_____
Semaine 10	Date : ____ /____ /_____	oui ☐	non ☐	_____	_____
	Date : ____ /____ /_____	oui ☐	non ☐	_____	_____
	Date : ____ /____ /_____	oui ☐	non ☐	_____	_____
	Date : ____ /____ /_____	oui ☐	non ☐	_____	_____
	Date : ____ /____ /_____	oui ☐	non ☐	_____	_____
	Date : ____ /____ /_____	oui ☐	non ☐	_____	_____
	Date : ____ /____ /_____	oui ☐	non ☐	_____	_____

Grille d'administration des médicaments

Régime quotidien : 7 fois par semaine

		Effets secondaires Si oui, compléter le formulaire		Initiales intervenant	Commentaires (incitatifs requis, facilité(s) difficulté(s), absence du patient
Semaine 11	Date : ____ /____ /_____	oui ☐	non ☐	_____	_____
	Date : ____ /____ /_____	oui ☐	non ☐	_____	_____
	Date : ____ /____ /_____	oui ☐	non ☐	_____	_____
	Date : ____ /____ /_____	oui ☐	non ☐	_____	_____
	Date : ____ /____ /_____	oui ☐	non ☐	_____	_____
	Date : ____ /____ /_____	oui ☐	non ☐	_____	_____
	Date : ____ /____ /_____	oui ☐	non ☐	_____	_____
Semaine 12	Date : ____ /____ /_____	oui ☐	non ☐	_____	_____
	Date : ____ /____ /_____	oui ☐	non ☐	_____	_____
	Date : ____ /____ /_____	oui ☐	non ☐	_____	_____
	Date : ____ /____ /_____	oui ☐	non ☐	_____	_____
	Date : ____ /____ /_____	oui ☐	non ☐	_____	_____
	Date : ____ /____ /_____	oui ☐	non ☐	_____	_____
	Date : ____ /____ /_____	oui ☐	non ☐	_____	_____
Semaine 13	Date : ____ /____ /_____	oui ☐	non ☐	_____	_____
	Date : ____ /____ /_____	oui ☐	non ☐	_____	_____
	Date : ____ /____ /_____	oui ☐	non ☐	_____	_____
	Date : ____ /____ /_____	oui ☐	non ☐	_____	_____
	Date : ____ /____ /_____	oui ☐	non ☐	_____	_____
	Date : ____ /____ /_____	oui ☐	non ☐	_____	_____
	Date : ____ /____ /_____	oui ☐	non ☐	_____	_____
Semaine 14	Date : ____ /____ /_____	oui ☐	non ☐	_____	_____
	Date : ____ /____ /_____	oui ☐	non ☐	_____	_____
	Date : ____ /____ /_____	oui ☐	non ☐	_____	_____
	Date : ____ /____ /_____	oui ☐	non ☐	_____	_____
	Date : ____ /____ /_____	oui ☐	non ☐	_____	_____
	Date : ____ /____ /_____	oui ☐	non ☐	_____	_____
	Date : ____ /____ /_____	oui ☐	non ☐	_____	_____
Semaine 15	Date : ____ /____ /_____	oui ☐	non ☐	_____	_____
	Date : ____ /____ /_____	oui ☐	non ☐	_____	_____
	Date : ____ /____ /_____	oui ☐	non ☐	_____	_____
	Date : ____ /____ /_____	oui ☐	non ☐	_____	_____
	Date : ____ /____ /_____	oui ☐	non ☐	_____	_____
	Date : ____ /____ /_____	oui ☐	non ☐	_____	_____
	Date : ____ /____ /_____	oui ☐	non ☐	_____	_____

Grille d'administration des médicaments

Régime quotidien : 7 fois par semaine

		Effets secondaires Si oui, compléter le formulaire		Initiales intervenant	Commentaires (incitatifs requis, facilité(s) difficulté(s), absence du patient
Semaine 16	Date : ____ /____ /_____	oui ☐	non ☐	_____	_____
	Date : ____ /____ /_____	oui ☐	non ☐	_____	_____
	Date : ____ /____ /_____	oui ☐	non ☐	_____	_____
	Date : ____ /____ /_____	oui ☐	non ☐	_____	_____
	Date : ____ /____ /_____	oui ☐	non ☐	_____	_____
	Date : ____ /____ /_____	oui ☐	non ☐	_____	_____
	Date : ____ /____ /_____	oui ☐	non ☐	_____	_____
Semaine 17	Date : ____ /____ /_____	oui ☐	non ☐	_____	_____
	Date : ____ /____ /_____	oui ☐	non ☐	_____	_____
	Date : ____ /____ /_____	oui ☐	non ☐	_____	_____
	Date : ____ /____ /_____	oui ☐	non ☐	_____	_____
	Date : ____ /____ /_____	oui ☐	non ☐	_____	_____
	Date : ____ /____ /_____	oui ☐	non ☐	_____	_____
	Date : ____ /____ /_____	oui ☐	non ☐	_____	_____
Semaine 18	Date : ____ /____ /_____	oui ☐	non ☐	_____	_____
	Date : ____ /____ /_____	oui ☐	non ☐	_____	_____
	Date : ____ /____ /_____	oui ☐	non ☐	_____	_____
	Date : ____ /____ /_____	oui ☐	non ☐	_____	_____
	Date : ____ /____ /_____	oui ☐	non ☐	_____	_____
	Date : ____ /____ /_____	oui ☐	non ☐	_____	_____
	Date : ____ /____ /_____	oui ☐	non ☐	_____	_____
Semaine 19	Date : ____ /____ /_____	oui ☐	non ☐	_____	_____
	Date : ____ /____ /_____	oui ☐	non ☐	_____	_____
	Date : ____ /____ /_____	oui ☐	non ☐	_____	_____
	Date : ____ /____ /_____	oui ☐	non ☐	_____	_____
	Date : ____ /____ /_____	oui ☐	non ☐	_____	_____
	Date : ____ /____ /_____	oui ☐	non ☐	_____	_____
	Date : ____ /____ /_____	oui ☐	non ☐	_____	_____
Semaine 20	Date : ____ /____ /_____	oui ☐	non ☐	_____	_____
	Date : ____ /____ /_____	oui ☐	non ☐	_____	_____
	Date : ____ /____ /_____	oui ☐	non ☐	_____	_____
	Date : ____ /____ /_____	oui ☐	non ☐	_____	_____
	Date : ____ /____ /_____	oui ☐	non ☐	_____	_____
	Date : ____ /____ /_____	oui ☐	non ☐	_____	_____
	Date : ____ /____ /_____	oui ☐	non ☐	_____	_____

Grille d'administration des médicaments

Régime quotidien : 7 fois par semaine

		Effets secondaires Si oui, compléter le formulaire		Initiales intervenant	Commentaires (incitatifs requis, facilité(s) difficulté(s), absence du patient
Semaine 21	Date : ____ /____ /_____	oui ☐	non ☐	_____	_____
	Date : ____ /____ /_____	oui ☐	non ☐	_____	_____
	Date : ____ /____ /_____	oui ☐	non ☐	_____	_____
	Date : ____ /____ /_____	oui ☐	non ☐	_____	_____
	Date : ____ /____ /_____	oui ☐	non ☐	_____	_____
	Date : ____ /____ /_____	oui ☐	non ☐	_____	_____
	Date : ____ /____ /_____	oui ☐	non ☐	_____	_____
Semaine 22	Date : ____ /____ /_____	oui ☐	non ☐	_____	_____
	Date : ____ /____ /_____	oui ☐	non ☐	_____	_____
	Date : ____ /____ /_____	oui ☐	non ☐	_____	_____
	Date : ____ /____ /_____	oui ☐	non ☐	_____	_____
	Date : ____ /____ /_____	oui ☐	non ☐	_____	_____
	Date : ____ /____ /_____	oui ☐	non ☐	_____	_____
	Date : ____ /____ /_____	oui ☐	non ☐	_____	_____
Semaine 23	Date : ____ /____ /_____	oui ☐	non ☐	_____	_____
	Date : ____ /____ /_____	oui ☐	non ☐	_____	_____
	Date : ____ /____ /_____	oui ☐	non ☐	_____	_____
	Date : ____ /____ /_____	oui ☐	non ☐	_____	_____
	Date : ____ /____ /_____	oui ☐	non ☐	_____	_____
	Date : ____ /____ /_____	oui ☐	non ☐	_____	_____
	Date : ____ /____ /_____	oui ☐	non ☐	_____	_____
Semaine 24	Date : ____ /____ /_____	oui ☐	non ☐	_____	_____
	Date : ____ /____ /_____	oui ☐	non ☐	_____	_____
	Date : ____ /____ /_____	oui ☐	non ☐	_____	_____
	Date : ____ /____ /_____	oui ☐	non ☐	_____	_____
	Date : ____ /____ /_____	oui ☐	non ☐	_____	_____
	Date : ____ /____ /_____	oui ☐	non ☐	_____	_____
	Date : ____ /____ /_____	oui ☐	non ☐	_____	_____
Semaine 25	Date : ____ /____ /_____	oui ☐	non ☐	_____	_____
	Date : ____ /____ /_____	oui ☐	non ☐	_____	_____
	Date : ____ /____ /_____	oui ☐	non ☐	_____	_____
	Date : ____ /____ /_____	oui ☐	non ☐	_____	_____
	Date : ____ /____ /_____	oui ☐	non ☐	_____	_____
	Date : ____ /____ /_____	oui ☐	non ☐	_____	_____
	Date : ____ /____ /_____	oui ☐	non ☐	_____	_____

Grille d'administration des médicaments

Régime quotidien : 7 fois par semaine

		Effets secondaires Si oui, compléter le formulaire		Initiales intervenant	Commentaires (incitatifs requis, facilité(s) difficulté(s), absence du patient
Semaine 26	**Date :** ____ /____ /_____	**oui** ☐	**non** ☐	_____	_____
	Date : ____ /____ /_____	**oui** ☐	**non** ☐	_____	_____
	Date : ____ /____ /_____	**oui** ☐	**non** ☐	_____	_____
	Date : ____ /____ /_____	**oui** ☐	**non** ☐	_____	_____
	Date : ____ /____ /_____	**oui** ☐	**non** ☐	_____	_____
	Date : ____ /____ /_____	**oui** ☐	**non** ☐	_____	_____
	Date : ____ /____ /_____	**oui** ☐	**non** ☐	_____	_____

Formulaire « Effets secondaires au traitement »

Copies du formulaire (6)

Ce formulaire doit être rempli et acheminé au médecin et à l'infirmière de la Direction de santé publique dans les deux premières semaines suivants le début de la TOD et lors de l'apparition d'un nouvel effet secondaire.

N.B. Il n'est pas nécéssaire de remplir ce formulaire après chaque visite de TOD.

Formulaire « Effets secondaires au traitement »

Nom du patient : _____

Médication actuelle : _____

_____

Date : _____ / _____ / _____ heure : _____ h _____
JJ MM AAAA

Signes et symptômes	Présence de signes et symptômes		
	Oui	Non	Inconnu
Faiblesse, fatigue	☐	☐	☐
Changement ou perte d'appétit	☐	☐	☐
Nausées / vomissements	☐	☐	☐
Ictère : peau / conjonctive jaunes /urine foncée	☐	☐	☐
Fièvre / frisson	☐	☐	☐
Fourmillements des extrémités / engourdissements / vertiges	☐	☐	☐
Arthralgies	☐	☐	☐
Éruption cutanée	☐	☐	☐
Troubles visuels	☐	☐	☐
Prurit	☐	☐	☐

Résumé de la situation décrite par le patient : _____

_____

_____

** Lorsqu'il y a présence d'un des signes ou des symptômes, aviser le médecin traitant.*

Nom du médecin : _____

Téléphone : ( ) _____ Télécopieur : ( ) _____

Commentaires : _____

_____

_____

Nom de la responsable de la TOD au CLSC : _____

Téléphone : ( ) _____ Télécopieur : ( ) _____

Signature : _____

Formulaire « Effets secondaires au traitement »

Nom du patient : _____

Médication actuelle : _____

_____

Date : _____ / _____ / _____ heure : _____ h _____
JJ MM AAAA

Signes et symptômes	Présence de signes et symptômes		
	Oui	Non	Inconnu
Faiblesse, fatigue	☐	☐	☐
Changement ou perte d'appétit	☐	☐	☐
Nausées / vomissements	☐	☐	☐
Ictère : peau / conjonctive jaunes /urine foncée	☐	☐	☐
Fièvre / frisson	☐	☐	☐
Fourmillements des extrémités / engourdissements / vertiges	☐	☐	☐
Arthralgies	☐	☐	☐
Éruption cutanée	☐	☐	☐
Troubles visuels	☐	☐	☐
Prurit	☐	☐	☐

Résumé de la situation décrite par le patient : _____

_____

_____

** Lorsqu'il y a présence d'un des signes ou des symptômes, aviser le médecin traitant.*

Nom du médecin : _____

Téléphone : ( ) _____ Télécopieur : ( ) _____

Commentaires : _____

_____

_____

Nom de la responsable de la TOD au CLSC : _____

Téléphone : ( ) _____ Télécopieur : ( ) _____

Signature : _____

Formulaire « Effets secondaires au traitement »

Nom du patient : _____

Médication actuelle : _____

_____

Date : _____ / _____ / _____ heure : _____ h _____
JJ MM AAAA

Signes et symptômes	Présence de signes et symptômes		
	Oui	Non	Inconnu
Faiblesse, fatigue	☐	☐	☐
Changement ou perte d'appétit	☐	☐	☐
Nausées / vomissements	☐	☐	☐
Ictère : peau / conjonctive jaunes /urine foncée	☐	☐	☐
Fièvre / frisson	☐	☐	☐
Fourmillements des extrémités / engourdissements / vertiges	☐	☐	☐
Arthralgies	☐	☐	☐
Éruption cutanée	☐	☐	☐
Troubles visuels	☐	☐	☐
Prurit	☐	☐	☐

Résumé de la situation décrite par le patient : _____

_____

_____

** Lorsqu'il y a présence d'un des signes ou des symptômes, aviser le médecin traitant.*

Nom du médecin : _____

Téléphone : ( ) _____ Télécopieur : ( ) _____

Commentaires : _____

_____

_____

Nom de la responsable de la TOD au CLSC : _____

Téléphone : ( ) _____ Télécopieur : ( ) _____

Signature : _____

Formulaire « Effets secondaires au traitement »

Nom du patient : _____

Médication actuelle : _____

_____

Date : _____ / _____ / _____ heure : _____ h _____
JJ MM AAAA

Signes et symptômes	Présence de signes et symptômes		
	Oui	Non	Inconnu
Faiblesse, fatigue	☐	☐	☐
Changement ou perte d'appétit	☐	☐	☐
Nausées / vomissements	☐	☐	☐
Ictère : peau / conjonctive jaunes /urine foncée	☐	☐	☐
Fièvre / frisson	☐	☐	☐
Fourmillements des extrémités / engourdissements / vertiges	☐	☐	☐
Arthralgies	☐	☐	☐
Éruption cutanée	☐	☐	☐
Troubles visuels	☐	☐	☐
Prurit	☐	☐	☐

Résumé de la situation décrite par le patient : _____

_____

_____

** Lorsqu'il y a présence d'un des signes ou des symptômes, aviser le médecin traitant.*

Nom du médecin : _____

Téléphone : ( ) _____ Télécopieur : ( ) _____

Commentaires : _____

_____

_____

Nom de la responsable de la TOD au CLSC : _____

Téléphone : ( ) _____ Télécopieur : ( ) _____

Signature : _____

Formulaire « Effets secondaires au traitement »

Nom du patient : _____

Médication actuelle : _____

_____

Date : _____ / _____ / _____ heure : _____ h _____
JJ MM AAAA

Signes et symptômes	Présence de signes et symptômes		
	Oui	Non	Inconnu
Faiblesse, fatigue	☐	☐	☐
Changement ou perte d'appétit	☐	☐	☐
Nausées / vomissements	☐	☐	☐
Ictère : peau / conjonctive jaunes /urine foncée	☐	☐	☐
Fièvre / frisson	☐	☐	☐
Fourmillements des extrémités / engourdissements / vertiges	☐	☐	☐
Arthralgies	☐	☐	☐
Éruption cutanée	☐	☐	☐
Troubles visuels	☐	☐	☐
Prurit	☐	☐	☐

Résumé de la situation décrite par le patient : _____

_____

_____

** Lorsqu'il y a présence d'un des signes ou des symptômes, aviser le médecin traitant.*

Nom du médecin : _____

Téléphone : ( ) _____ Télécopieur : ( ) _____

Commentaires : _____

_____

_____

Nom de la responsable de la TOD au CLSC : _____

Téléphone : ( ) _____ Télécopieur : ( ) _____

Signature : _____

Formulaire « Effets secondaires au traitement »

Nom du patient : _____

Médication actuelle : _____

_____

Date : _____ / _____ / _____ heure : _____ h _____
JJ MM AAAA

Signes et symptômes	Présence de signes et symptômes		
	Oui	Non	Inconnu
Faiblesse, fatigue	☐	☐	☐
Changement ou perte d'appétit	☐	☐	☐
Nausées / vomissements	☐	☐	☐
Ictère : peau / conjonctive jaunes /urine foncée	☐	☐	☐
Fièvre / frisson	☐	☐	☐
Fourmillements des extrémités / engourdissements / vertiges	☐	☐	☐
Arthralgies	☐	☐	☐
Éruption cutanée	☐	☐	☐
Troubles visuels	☐	☐	☐
Prurit	☐	☐	☐

Résumé de la situation décrite par le patient : _____

_____

_____

** Lorsqu'il y a présence d'un des signes ou des symptômes, aviser le médecin traitant.*

Nom du médecin : _____

Téléphone : ( ) _____ Télécopieur : ( ) _____

Commentaires : _____

_____

_____

Nom de la responsable de la TOD au CLSC : _____

Téléphone : ( ) _____ Télécopieur : ( ) _____

Signature : _____

Rapport périodique de thérapie sous observation directe

Copies du formulaire (6)

À remplir et à remettre au patient en lui demandant de le faire compléter par son médecin ou *l'envoyer par télécopieur au médecin traitant quelques jours avant le rendez-vous médical*.

S.V.P remettre cette lettre au patient ou envoyer par télécopieur au médecin lors du rendez-vous

Le : _____ / _____ / _____
JJ MM AAAA

Docteur :_____ Hôpital :_____

Objet : Rapport périodique de TOD

Infirmière

Docteur,

Depuis son dernier rendez-vous, nous désirons vous informer que votre patient : M. ou Mme

_____

☐ A pris sa médication en thérapie sous observation directe :

- ☐ Deux fois par semaine
- ☐ Trois fois par semaine
- ☐ Autre : _____

Liste des médicaments :

- ☐ Ne présente aucune difficulté à prendre sa médication
- ☐ Présente de la difficulté à prendre sa médication

Raisons :_____

Effets secondaires observés :

- ☐ Oui, lesquels : _____
- ☐ Non

Médecin

Veuillez indiquer si le patient doit :

- ☐ Poursuivre la médication telle que prescrite antérieurement
- ☐ Modifier sa médication

Nom des médicaments et posologie : _____

_____

Date du prochain rendez-vous : _____ / _____ / _____
JJ MM AAAA

Signature du médecin : _____

Pour toute information, vous pouvez communiquer avec moi.

Nom de l'infirmière :_____

Téléphone : ( ) _____Télécopieur : ( )_____

Signature : _____

S.V.P remettre cette lettre au patient ou envoyer par télécopieur au médecin lors du rendez-vous

Le : _____ / _____ / _____
JJ MM AAAA

Docteur : _____ Hôpital : _____

Objet : Rapport périodique de TOD

Infirmière

Docteur,

Depuis son dernier rendez-vous, nous désirons vous informer que votre patient : M. ou Mme

_____

☐ A pris sa médication en thérapie sous observation directe :

- ☐ Deux fois par semaine
- ☐ Trois fois par semaine
- ☐ Autre : _____

Liste des médicaments :

- ☐ Ne présente aucune difficulté à prendre sa médication
- ☐ Présente de la difficulté à prendre sa médication

Raisons : _____

Effets secondaires observés :

- ☐ Oui, lesquels : _____
- ☐ Non

Médecin

Veuillez indiquer si le patient doit :

- ☐ Poursuivre la médication telle que prescrite antérieurement
- ☐ Modifier sa médication

Nom des médicaments et posologie : _____

_____

Date du prochain rendez-vous : _____ / _____ / _____
JJ MM AAAA

Signature du médecin : _____

Pour toute information, vous pouvez communiquer avec moi.

Nom de l'infirmière : _____

Téléphone : ( ) _____ Télécopieur : ( ) _____

Signature : _____

S.V.P remettre cette lettre au patient ou envoyer par télécopieur au médecin lors du rendez-vous

Le : _____ / _____ / _____
JJ MM AAAA

Docteur : _____ Hôpital : _____

Objet : Rapport périodique de TOD

Infirmière

Docteur,

Depuis son dernier rendez-vous, nous désirons vous informer que votre patient : M. ou Mme

_____

☐ A pris sa médication en thérapie sous observation directe :

- ☐ Deux fois par semaine
- ☐ Trois fois par semaine
- ☐ Autre : _____

Liste des médicaments :

- ☐ Ne présente aucune difficulté à prendre sa médication
- ☐ Présente de la difficulté à prendre sa médication

Raisons : _____

Effets secondaires observés :

- ☐ Oui, lesquels : _____
- ☐ Non

Médecin

Veuillez indiquer si le patient doit :

- ☐ Poursuivre la médication telle que prescrite antérieurement
- ☐ Modifier sa médication

Nom des médicaments et posologie : _____

_____

Date du prochain rendez-vous : _____ / _____ / _____
JJ MM AAAA

Signature du médecin : _____

Pour toute information, vous pouvez communiquer avec moi.

Nom de l'infirmière : _____

Téléphone : ( ) _____ Télécopieur : ( ) _____

Signature : _____

S.V.P remettre cette lettre au patient ou envoyer par télécopieur au médecin lors du rendez-vous

Le : _____ / _____ / _____
JJ MM AAAA

Docteur : _____ Hôpital : _____

Objet : Rapport périodique de TOD

Infirmière

Docteur,

Depuis son dernier rendez-vous, nous désirons vous informer que votre patient : M. ou Mme

_____

☐ A pris sa médication en thérapie sous observation directe :

- ☐ Deux fois par semaine
- ☐ Trois fois par semaine
- ☐ Autre : _____

Liste des médicaments :

- ☐ Ne présente aucune difficulté à prendre sa médication
- ☐ Présente de la difficulté à prendre sa médication

Raisons : _____

Effets secondaires observés :

- ☐ Oui, lesquels : _____
- ☐ Non

Médecin

Veuillez indiquer si le patient doit :

- ☐ Poursuivre la médication telle que prescrite antérieurement
- ☐ Modifier sa médication

Nom des médicaments et posologie : _____

_____

Date du prochain rendez-vous : _____ / _____ / _____
JJ MM AAAA

Signature du médecin : _____

Pour toute information, vous pouvez communiquer avec moi.

Nom de l'infirmière : _____

Téléphone : ( ) _____ Télécopieur : ( ) _____

Signature : _____

S.V.P remettre cette lettre au patient ou envoyer par télécopieur au médecin lors du rendez-vous

Le : _____ / _____ / _____
JJ MM AAAA

Docteur : _____ Hôpital : _____

Objet : Rapport périodique de TOD

Infirmière

Docteur,

Depuis son dernier rendez-vous, nous désirons vous informer que votre patient : M. ou Mme

_____

☐ A pris sa médication en thérapie sous observation directe :

- ☐ Deux fois par semaine
- ☐ Trois fois par semaine
- ☐ Autre : _____

Liste des médicaments :

- ☐ Ne présente aucune difficulté à prendre sa médication
- ☐ Présente de la difficulté à prendre sa médication

Raisons : _____

Effets secondaires observés :

- ☐ Oui, lesquels : _____
- ☐ Non

Médecin

Veuillez indiquer si le patient doit :

- ☐ Poursuivre la médication telle que prescrite antérieurement
- ☐ Modifier sa médication

Nom des médicaments et posologie : _____

_____

Date du prochain rendez-vous : _____ / _____ / _____
JJ MM AAAA

Signature du médecin : _____

Pour toute information, vous pouvez communiquer avec moi.

Nom de l'infirmière : _____

Téléphone : ( ) _____ Télécopieur : ( ) _____

Signature : _____

S.V.P remettre cette lettre au patient ou envoyer par télécopieur au médecin lors du rendez-vous

Le : _____ / _____ / _____
JJ MM AAAA

Docteur :_____ Hôpital :_____

Objet : Rapport périodique de TOD

Infirmière

Docteur,

Depuis son dernier rendez-vous, nous désirons vous informer que votre patient : M. ou Mme

_____

☐ A pris sa médication en thérapie sous observation directe :

- ☐ Deux fois par semaine
- ☐ Trois fois par semaine
- ☐ Autre : _____

Liste des médicaments :

- ☐ Ne présente aucune difficulté à prendre sa médication
- ☐ Présente de la difficulté à prendre sa médication

Raisons :_____

Effets secondaires observés :

- ☐ Oui, lesquels : _____
- ☐ Non

Médecin

Veuillez indiquer si le patient doit :

- ☐ Poursuivre la médication telle que prescrite antérieurement
- ☐ Modifier sa médication

Nom des médicaments et posologie : _____

_____

Date du prochain rendez-vous : _____ / _____ / _____
JJ MM AAAA

Signature du médecin : _____

Pour toute information, vous pouvez communiquer avec moi.

Nom de l'infirmière :_____

Téléphone : ( ) _____Télécopieur : ( )_____

Signature : _____