

KONČNO POROČILO O USPEHU ZDRAVLJENJA TUBERKULOZE

1. Priimek in ime:

Dekliški priimek:

2. Stanovanje:

3. Datum rojstva: dan:.....mesec:.....leto:..... 4. Spol: 1 M 2 Ž

Ustanova:.....

Zdravnik:.....

Telefon(fax):.....

5. Datum in vzrok prenehanja zdravljenja: dan:.....mesec:.....leto:.....

- 1 Zazdravljen
2 Zdravljenje končano/zaključeno
3 Zdravljenje prekinjeno/neredno prejemanje zdravil
4 Neuspeh/odpoved zdravljenja
5 Odseljen/premestitev

6 Ugotovljena druga diagnoza (ni TB), navedi:.....MKB:

7 Umrli: datum smrti: dan:.....mesec:.....leto:..... →→ obdukcija: 1 Ne
Tuberkuloza osnovni vzrok smrti: 1 Ne 2 Da 9 Neznano

Diagnoza smrti:.....MKB:

9 Neznano

6. Tip zdravstvene oskrbe od 2 ali 3 mesecev do zaključka:

- 1 Hospitalni
2 Ambulantno, pooblaščen zdravnik specialist
3 Oboje
9 Neznano

7. Nadzorovano zdravljenje:

- 1 V celoti nadzorovano
2 V celoti nadzorovano
3 Delno nadzorovano
9 Neznano

Način nadzorovanega zdravljenja:

- 1 Ambulantno / bolnišnica
2 Patronažna sestra
3 Oboje
4 Drugo
9 Neznano

8. Ali je bil test občutljivosti opravljen v kasnejši fazi zdravljenja (po 2 mesecih in/ali ponovljen):

- 1 Ne
2 Da →→ ponovljen: 1 Ne
9 Neznano 2 Da

9. Režim zdravljenja v nadaljevalni fazi:

	Ne	Da	Neznano
Isoniazid	1 <input type="checkbox"/>	2 <input type="checkbox"/>	9 <input type="checkbox"/>
Rifampicin	1 <input type="checkbox"/>	2 <input type="checkbox"/>	9 <input type="checkbox"/>
Pirazinamid	1 <input type="checkbox"/>	2 <input type="checkbox"/>	9 <input type="checkbox"/>
Etambutol	1 <input type="checkbox"/>	2 <input type="checkbox"/>	9 <input type="checkbox"/>
Streptomycin	1 <input type="checkbox"/>	2 <input type="checkbox"/>	9 <input type="checkbox"/>
Etionamid	1 <input type="checkbox"/>	2 <input type="checkbox"/>	9 <input type="checkbox"/>
Kanamycin	1 <input type="checkbox"/>	2 <input type="checkbox"/>	9 <input type="checkbox"/>
Rifabutin	1 <input type="checkbox"/>	2 <input type="checkbox"/>	9 <input type="checkbox"/>
Ciprofloksacin	1 <input type="checkbox"/>	2 <input type="checkbox"/>	9 <input type="checkbox"/>
Ofloksacin	1 <input type="checkbox"/>	2 <input type="checkbox"/>	9 <input type="checkbox"/>
Amikacin	1 <input type="checkbox"/>	2 <input type="checkbox"/>	9 <input type="checkbox"/>
Capreomicin	1 <input type="checkbox"/>	2 <input type="checkbox"/>	9 <input type="checkbox"/>
Cikloserin	1 <input type="checkbox"/>	2 <input type="checkbox"/>	9 <input type="checkbox"/>
PAS	1 <input type="checkbox"/>	2 <input type="checkbox"/>	9 <input type="checkbox"/>
Ostalo	1 <input type="checkbox"/>	2 <input type="checkbox"/>	9 <input type="checkbox"/>

10. Komentar:

Datum: dan:.....mesec:.....leto:.....

Podpis zdravnika:.....