

## 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
Izoniazid	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:.....