**DEL-6A**, KOPA Golnik, Register za tuberkulozo **VELJA OD 1.1. 2004**

**Ustanova:**.....
.....
.....
**Zdravnik:**.....
.....
**Telefon(fax):**.....
.....

# POROČILO O ZAKLJUČKU PREVENTIVNEGA ZDRAVLJENJA LATENTNE OKUŽBE S TUBERKULOZO (KEMOPROFILAKSI)

**1. Priimek in ime:**.....

Dekliški priimek:.....

**2. Stanovanje:**.....

**3. Datum rojstva:** dan:.....mesec:.....leto:.....

**4. Spol:** 1 ☐ M 2 ☐ Ž

**5. Datum začetka in režim kemoprofilakse:** dan:.....mesec:.....leto:.....

1 ☐ HR - 3 m
2 ☐ RZ - 2 m
3 ☐ H - 9 m
9 ☐ Neznano

3 HR | 2 RZ | 9H

Doze: ☐☐ ☐☐ ☐

Drugo (sestava, trajanje): ……

**6. Datum in vzrok prenehanja zdravljenja:** dan:.....mesec:.....leto:.....

1 ☐ Zdravljenje zaključeno
2 ☐ Zdravljenje prekinjeno zaradi nesodelovanja
3 ☐ Zdravljenje prekinjeno zaradi toksičnega učinka zdravil/neprenašanja: *opiši*: …….
4 ☐ Zdravljenje prekinjeno zaradi negativnega tuberkulinskega testa ob **ponovnem** testiranju
5 ☐ Odseljen/premestitev
6 ☐ Umrl
9 ☐ Neznano

**7. Nadzorovano zdravljenje:**

1 ☐ V celoti nenadzorovano
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. Karton prejemanja zdravil:**

| mesec | 1 | 2 | 3 | 4 | 5 | 6 | 7 | 8 | 9 | 10 | 11 | 12 | 13 | 14 | 15 | 16 | 17 | 18 | 19 | 20 | 21 | 22 | 23 | 24 | 25 | 26 | 27 | 28 | 29 | 30 | 31 |
|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|
| | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |

Označite X za vsak dan nadzorovanega zdravljenja ali za dan, ko bolnik prevzame zdravila. Dneve, ko bolnik jemlje zdravila brez nadzora označite z ravno črto in sicer za število dni za katere je bolnik prejel zdravila.

Datum: dan:.....mesec:.....leto:..... Podpis zdravnika: .....

*Podatki na obrazcu omogočajo identifikacijo posameznika, so zaupni in namenjeni samo nadzoru bolezni. Poročila in informacije lahko daje samo pooblaščeno osebje s pristankom bolnika.*