

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:.....

3 HR

2 RZ

9H

1 HR - 3 m

2 RZ - 2 m

3 H - 9 m

9 Neznano

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 Umrli

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 pooblaščen osebje s pristankom bolnika.