

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  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
				</																											