

ODJAVA TUBERKULOZE - ISHOD LIJEČENJA

Prezime i ime pacijenta: _____ Telefon: _____ JMBG:

Adresa boravišta: _____ Stalna adresa: _____ Grad: _____ Spol: M Ž

Zanimanje: _____ Starost: _____

Diagnoza

Definicija slučaja na početku liječenja:

- Novi
- Recidiv
- Neuspješno liječenje
- Preseljeni
- Ostalo

Ishod liječenja:

- (I) Izlječen
- (G) Neuspješno liječenje
- (P) Prekid liječenja *
- (Z) Završeno liječenje
- (I) Iseljenje
- (S) Smrt

Alergija na:

- INH
- RK
- PZA
- ET
- SM

Informacije o liječenju:

Datum početka ATL (dd/mm/gggg) // _____

Promjena ATL sa prve linije
na drugu liniju tretmana:

Datum završetka ATL (dd/mm/gggg) // _____

DA NE

(ili u slučaju prekida ili smrti datum) _____

DA NE NEPOZNATO

(K) Kožna

(GI) Gastrointestinalna

(D) Drugo

Status vakcinacije:	HIV testiranje u slučaju identifikacije:	RTG diagnostika:	Hain:	Igra:	PPD:
<input type="checkbox"/> vakcinisan nakon rođenja	<input type="checkbox"/> DA	<input type="checkbox"/> DA	<input type="checkbox"/> DA	<input type="checkbox"/> DA	<input type="checkbox"/> DA
<input type="checkbox"/> nije vakcinisan	<input type="checkbox"/> NE	<input type="checkbox"/> NE	<input type="checkbox"/> NE	<input type="checkbox"/> NE	<input type="checkbox"/> NE
<input type="checkbox"/> ostalo	<input type="checkbox"/> NEPOZNATO	<input type="checkbox"/> NEPOZNATO	<input type="checkbox"/> NEPOZNATO	<input type="checkbox"/> NEPOZNATO	<input type="checkbox"/> NEPOZNATO

Rezultati HIV testiranja

Rezultati RTG testiranja

Rezultati Hain testiranja

Rezultati Igra testiranja

Rezultati PPD testiranja

Rezultati Tb lab na početku liječenja:

Uzorak:

- sputum S
- urin U
- PH dg
- Drugo - naznačito

Konverzija sputuma:
(kod BK pozitivnih)

Razmaz: I II III
(u kojem mjesecu liječenja)

Kulture: I II III
(u kojem mjesecu liječenja)

Razmaz: + -

Kultura: + -

Rezistencija:

- Čvrste podloge
- Tečne podloge
- (S_____ R_____)
- INH
- RF
- PZA
- ET
- SM

Težina: _____ Visina: _____ BMI: _____

Ime nadležnog ljekara: _____

Podaci uneseni u registar općine pod

rednim brojem: _____

Adresa (ustanova): _____

Kontakt telefon: _____

Komentar: _____

Datum: _____

Potpis doktora: _____

* U slučaju identifikacije atipične forme Mycobacterium registrirati prekid liječenja radi započinjanja specifične terapije.