

PHIẾU THEO DÕI UỐNG THUỐC

Liệu Pháp 12 Liều dành cho Bệnh Nhân Nhiễm Lao Tiềm Ẩn

Lịch Uống Thuốc Của Bạn

(Nhà cung cấp: Chỉ định số lượng thuốc và ngày uống thuốc phù hợp)

Thuốc	Số lượng thuốc uống mỗi tuần	Tần suất	Ngày
Isoniazid: ____ mg Rifapentine: ____ mg	TỔNG: ____ (Isoniazid: ____, Rifapentine: ____)	Một lần mỗi tuần trong vòng 12 tuần (3 tháng)	2 3 4 5 6 7 CN

Bác sĩ có thể bổ sung thêm Vitamin B6 vào phác đồ điều trị của bạn.

Theo Dõi Quá Trình Điều Trị Của Bạn

Ở bảng dưới đây, vui lòng chọn ô tương ứng và ghi rõ ngày mà bạn đã uống thuốc.

TUẦN	Thứ 2	Thứ 3	Thứ 4	Thứ 5	Thứ 6	Thứ 7	Chủ Nhật
VÍ DỤ 5/7 - 5/13	<input type="checkbox"/> ____	<input checked="" type="checkbox"/> 5/8	<input type="checkbox"/> ____	<input type="checkbox"/> ____	<input type="checkbox"/> ____	<input type="checkbox"/> ____	<input type="checkbox"/> ____
Tuần 1	<input type="checkbox"/> ____	<input type="checkbox"/> ____	<input type="checkbox"/> ____	<input type="checkbox"/> ____	<input type="checkbox"/> ____	<input type="checkbox"/> ____	<input type="checkbox"/> ____
Tuần 2	<input type="checkbox"/> ____	<input type="checkbox"/> ____	<input type="checkbox"/> ____	<input type="checkbox"/> ____	<input type="checkbox"/> ____	<input type="checkbox"/> ____	<input type="checkbox"/> ____
Tuần 3	<input type="checkbox"/> ____	<input type="checkbox"/> ____	<input type="checkbox"/> ____	<input type="checkbox"/> ____	<input type="checkbox"/> ____	<input type="checkbox"/> ____	<input type="checkbox"/> ____
Tuần 4	<input type="checkbox"/> ____	<input type="checkbox"/> ____	<input type="checkbox"/> ____	<input type="checkbox"/> ____	<input type="checkbox"/> ____	<input type="checkbox"/> ____	<input type="checkbox"/> ____
Tuần 5	<input type="checkbox"/> ____	<input type="checkbox"/> ____	<input type="checkbox"/> ____	<input type="checkbox"/> ____	<input type="checkbox"/> ____	<input type="checkbox"/> ____	<input type="checkbox"/> ____
Tuần 6	<input type="checkbox"/> ____	<input type="checkbox"/> ____	<input type="checkbox"/> ____	<input type="checkbox"/> ____	<input type="checkbox"/> ____	<input type="checkbox"/> ____	<input type="checkbox"/> ____
Tuần 7	<input type="checkbox"/> ____	<input type="checkbox"/> ____	<input type="checkbox"/> ____	<input type="checkbox"/> ____	<input type="checkbox"/> ____	<input type="checkbox"/> ____	<input type="checkbox"/> ____
Tuần 8	<input type="checkbox"/> ____	<input type="checkbox"/> ____	<input type="checkbox"/> ____	<input type="checkbox"/> ____	<input type="checkbox"/> ____	<input type="checkbox"/> ____	<input type="checkbox"/> ____
Tuần 9	<input type="checkbox"/> ____	<input type="checkbox"/> ____	<input type="checkbox"/> ____	<input type="checkbox"/> ____	<input type="checkbox"/> ____	<input type="checkbox"/> ____	<input type="checkbox"/> ____
Tuần 10	<input type="checkbox"/> ____	<input type="checkbox"/> ____	<input type="checkbox"/> ____	<input type="checkbox"/> ____	<input type="checkbox"/> ____	<input type="checkbox"/> ____	<input type="checkbox"/> ____
Tuần 11	<input type="checkbox"/> ____	<input type="checkbox"/> ____	<input type="checkbox"/> ____	<input type="checkbox"/> ____	<input type="checkbox"/> ____	<input type="checkbox"/> ____	<input type="checkbox"/> ____
Tuần 12	<input type="checkbox"/> ____	<input type="checkbox"/> ____	<input type="checkbox"/> ____	<input type="checkbox"/> ____	<input type="checkbox"/> ____	<input type="checkbox"/> ____	<input type="checkbox"/> ____



Centers for Disease
Control and Prevention
National Center for HIV/AIDS,
Viral Hepatitis, STD, and
TB Prevention

Distributed by:

www.cdc.gov/tb

CS292853B

TRIỀU CHỨNG DANH MỤC KIỂM TRA

Liều Pháp 12 Liều dành cho Bệnh Nhân Nhiễm Lao Tiềm Ẩn

Tên Bệnh Nhân: _____



Tác Dụng Phụ Thường Thấy

Hầu hết mọi người đều có thể uống thuốc lao mà không gặp phải bất kỳ vấn đề gì. Rifapentine có thể khiến nước tiểu, nước bọt, nước mắt hoặc mồ hôi của bạn chuyển sang màu đỏ vàng. Đây là dấu hiệu bình thường và sẽ dần biến mất theo thời gian.



DỪNG uống thuốc và **LIÊN HỆ** ngay với bác sỹ hoặc y tá điều trị lao nếu bạn gặp một trong các vấn đề dưới đây:

- | | |
|---------------------------------------------------------------------------------------------|-----------------------------------------------------------------------------------------------------------|
| <input type="checkbox"/> Chóng mặt hoặc lâng lâng khi ngồi hoặc đứng | <input type="checkbox"/> Nước tiểu có màu nâu, màu trà hoặc màu cola |
| <input type="checkbox"/> Ăn không ngon hoặc không muốn ăn | <input type="checkbox"/> Da hoặc lòng trắng mắt ngả vàng |
| <input type="checkbox"/> Rối loạn tiêu hóa, buồn nôn hoặc ói mửa | <input type="checkbox"/> Phát ban hoặc ngứa |
| <input type="checkbox"/> Đau bụng hoặc tức bụng | <input type="checkbox"/> Xuất hiện các vết thâm tím, hoặc nốt đỏ hoặc tím trên da mà không rõ nguyên nhân |
| <input type="checkbox"/> Đau phần ngực dưới hoặc ợ nóng | <input type="checkbox"/> Chảy máu mũi, hoặc xuất huyết lợi hoặc chảy máu chân răng |
| <input type="checkbox"/> Các triệu chứng giống như cảm cúm kèm theo hoặc không kèm theo sốt | <input type="checkbox"/> Khó thở |
| <input type="checkbox"/> Mệt mỏi hoặc yếu rõ rệt | <input type="checkbox"/> Đau hoặc ngứa tay, cánh tay hoặc chân |
| <input type="checkbox"/> Sốt hoặc lạnh | <input type="checkbox"/> Cảm thấy buồn phiền hoặc suy sụp |
| <input type="checkbox"/> Tiêu chảy nặng hoặc phân có màu nhạt (đi ngoài liên tục) | |



Vui lòng trao đổi với bác sỹ hoặc y tá nếu bạn có thắc mắc về cách điều trị nhiễm lao tiềm ẩn.

Thông Tin Liên Hệ của Bác Sĩ/Phòng Khám

Tên người chăm sóc cho bạn: _____

Số điện thoại: _____

Địa chỉ: _____

Thời gian: _____



Centers for Disease Control and Prevention
National Center for HIV/AIDS,
Viral Hepatitis, STD, and
TB Prevention

Distributed by:

www.cdc.gov/tb