

Họ tên bệnh nhân	Giới tính Nam <input type="checkbox"/> Nữ <input type="checkbox"/>	Ngày tháng năm sinh	Số an sinh xã hội
Địa chỉ			Số điện thoại
Nghề nghiệp	Nơi làm việc	Số điện thoại nơi làm việc	
Liên hệ khẩn cấp	Địa chỉ	Số điện thoại	

**BÁC SĨ ĐIỀU TRỊ HOẶC CƠ SỞ ĐIỀU TRỊ SẼ ĐIỂN THÔNG TIN**

Ca bệnh được báo cáo cho sở y tế địa phương bởi: \_\_\_\_\_ vào (ngày) \_\_\_\_\_

Bác sĩ điều trị Lao sẽ là: Sở y tế địa phương  Bác sĩ riêng  \_\_\_\_\_

Địa chỉ của bác sĩ \_\_\_\_\_ Số điện thoại \_\_\_\_\_

Những nhân viên chăm sóc tiếp theo: \_\_\_\_\_  
(tên, cơ quan & số điện thoại)

**Thuốc và liều chỉ định** Cân nặng của bệnh nhân kg

Isoniazid \_\_\_\_mg  Rifampin \_\_\_\_ mg  Pyrazinamid \_\_\_\_mg  Ethambutol \_\_\_\_mg

B-6 \_\_\_\_ mg  Khác \_\_\_\_\_  Khác \_\_\_\_\_

Được uống:  hàng ngày  2 lần/tuần  3 lần/tuần

**Tuân thủ điều trị:**  DOT  Bác sĩ  
Chứng nhận

Sở y tế địa phương sẽ liên hệ với tất cả bệnh nhân với mục đích quản lý ca bệnh và điều tra tình trạng tiếp xúc với bệnh Lao nếu được chỉ định. DOT là tiêu chuẩn chăm sóc cho mọi ca bệnh Lao. Đối với bất kỳ bệnh nhân nào không điều trị bằng DOT, bác sĩ điều trị sẽ chịu trách nhiệm đảm bảo bệnh nhân hoàn thành lộ trình điều trị thích hợp và phải cung cấp giấy chứng nhận về tuân thủ điều trị cho sở y tế địa phương.

**Truyền nhiễm:**  Có  Không  Không biết

**Xác định những yếu tố cản trở việc tuân thủ điều trị:**

không có nơi cư trú  khuyết tật thể chất  lạm dụng chất kích thích: \_\_\_\_\_

khuyết tật tâm thần  không có điều nào nêu trên  khác: \_\_\_\_\_

**Xác định bất kỳ nhu cầu dịch vụ riêng nào:**

hỗ trợ nhà ở  thức ăn/dinh dưỡng  phúc lợi địa phương/nhà nước  chăm sóc trẻ em  phương tiện đi lại

điều trị bằng thuốc  dịch vụ sức khỏe tâm thần  dịch vụ y tế tại nhà  dịch vụ việc làm

không có điều nào nêu trên  khác: \_\_\_\_\_

Đơn yêu cầu hỗ trợ những nhu cầu đã/sẽ được gửi tới: \_\_\_\_\_ vào (ngày) \_\_\_\_\_

Ý kiến/nhận xét khác: \_\_\_\_\_

**THÔNG TIN TRÊN SẼ ĐƯỢC SỞ Y TẾ ĐỊA PHƯƠNG ĐIỂN VÀ GỬI ĐẾN BÁC SĨ / CƠ SỞ ĐIỀU TRỊ**

Y tá Sức khỏe Cộng đồng/Nhân viên Quản lý Ca bệnh được chỉ định là: \_\_\_\_\_ Số điện thoại: \_\_\_\_\_

Lần thăm khám DOT đầu tiên sẽ được thực hiện bởi: \_\_\_\_\_ (tên)

Buổi hẹn khám Lao DOT đầu tiên: \_\_\_\_\_

Nhân viên y tế điều trị Lao bằng DOT sẽ là: \_\_\_\_\_ ngày \_\_\_\_\_ thời gian \_\_\_\_\_ địa điểm \_\_\_\_\_  
(tên)  nhân viên sở y tế  khác \_\_\_\_\_

DOT sẽ được thực hiện tại \_\_\_\_\_ (địa chỉ)  nhà riêng  trường  nơi làm việc  khác  
(Nhân viên điều trị Lao bằng DOT và bệnh nhân sẽ cùng xác định lịch trình điều trị trong lần thăm khám đầu tiên. Bệnh nhân sẽ ký biên bản thỏa thuận điều trị Lao bằng DOT có kèm theo hướng dẫn về DOT.)

Người chịu trách nhiệm chính về điều tra tình trạng tiếp xúc với bệnh Lao:  nhân viên quản lý ca bệnh  khác \_\_\_\_\_

Các giải pháp được đề xuất để xử lý các yếu tố cản trở đã xác định đối với tuân thủ điều trị: \_\_\_\_\_

Ý kiến/nhận xét khác: \_\_\_\_\_

Những cá nhân sau đây đã được thông báo và chấp thuận kế hoạch điều trị nêu trên.

**Khi có đủ chữ ký và được chấp thuận, bệnh nhân mới được xuất viện.**

Chữ ký của bác sĩ điều trị \_\_\_\_\_ ngày \_\_\_\_\_

Chữ ký của sở y tế địa phương \_\_\_\_\_ ngày \_\_\_\_\_

Chữ ký của bệnh nhân \_\_\_\_\_ ngày \_\_\_\_\_

Bệnh nhân được quyết định không phải ký tên: chữ ký của nhân viên lập kế hoạch xuất viện \_\_\_\_\_ ngày \_\_\_\_\_