

ЖУРНАЛ ПРИЕМА ПРЕПАРАТА

4-месячный курс ежедневного приема рифампина (4R) для лечения латентного туберкулеза (ТБ)

ФИО пациента: _____

График приема препарата (врачу: укажите, сколько таблеток следует принимать)

Препарат	Количество табл. в дозе	Частота приема	Продолжительность	Количество доз
Рифампин: мг	ВСЕГО:	1 р. в сутки	4 мес.	120

Распространенные побочные эффекты

У большинства людей не возникает никаких проблем при приеме препаратов от ТБ. Из-за применения рифампина ваша моча, слюна, слезы или пот могут приобрести оранжевый цвет. Это нормально; со временем необычный цвет исчезнет.

ПРЕКРАТИТЕ принимать препарат и срочно **ПОЗВОНИТЕ** врачу или медсестре, которые лечат вас от ТБ, если заметите следующие явления:

снижение или отсутствие аппетита;	образование синяков или кровотечения;	лихорадка;
расстройство желудка или спазмы в животе;	сыпь или зуд;	головные боли или боли в теле;
тошнота или рвота;	пожелтение кожи или глаз;	головокружение.
моча цвета кока-колы или светлый стул;	выраженная слабость или утомляемость;	

Обязательно поговорите со своим врачом или медсестрой, если у вас возникнут вопросы или опасения по поводу вашего лечения латентной ТБ-инфекции.

Контактные данные врача/клиники

ФИО сотрудника, который за вами ухаживает: _____ Телефон: _____

Адрес: _____ Рабочее время: _____

Отслеживайте свое лечение

В следующей таблице ставьте отметку и записывайте дату, когда вы приняли свой препарат.

Дозы 1–30								
№ дозы	Приняли?	Дата	№ дозы	Приняли?	Дата	№ дозы	Приняли?	Дата
1			11			21		
2			12			22		
3			13			23		
4			14			24		
5			15			25		
6			16			26		
7			17			27		
8			18			28		
9			19			29		
10			20			30		

RUSSIAN

Дозы 31–60

№ дозы	Приняли?	Дата	№ дозы	Приняли?	Дата	№ дозы	Приняли?	Дата
31			41			51		
32			42			52		
33			43			53		
34			44			54		
35			45			55		
36			46			56		
37			47			57		
38			48			58		
39			49			59		
40			50			60		

Дозы 61–90

№ дозы	Приняли?	Дата	№ дозы	Приняли?	Дата	№ дозы	Приняли?	Дата
61			71			81		
62			72			82		
63			73			83		
64			74			84		
65			75			85		
66			76			86		
67			77			87		
68			78			88		
69			79			89		
70			80			90		

Дозы 91–120

№ дозы	Приняли?	Дата	№ дозы	Приняли?	Дата	№ дозы	Приняли?	Дата
91			101			111		
92			102			112		
93			103			113		
94			104			114		
95			105			115		
96			106			116		
97			107			117		
98			108			118		
99			109			119		
100			110			120		