

दवा ट्रैकर

सुप्त क्षय रोग (TB) संक्रमण के लिए 12-आहार नियम
(MEDICATION TRACKER)

आपकी दवा समय-सारणी

(प्रदाता: गोलियों की उचित संख्या और दिन दर्शाएं)

दवा	प्रति सप्ताह गोलियों की संख्या	बारंबारता	दिन
Isoniazid: ____ mg Rifapentine: ____ mg	कुल: _____ (Isoniazid: _____, Rifapentine: _____)	12 सप्ताह तक सप्ताह में एक बार (3 महीने)	सोम मंगल बुध गुरु शुक्र शनि रवि

आपका डॉक्टर आपकी उपचार योजना में विटामिन B6 भी शामिल कर सकता है।

अपने उपचार को ट्रैक करना

नीचे दी गई तालिका में, बॉक्स में निशान लगाएं और वह तारीख लिखें जो यह दर्शाती हो कि आपने अपनी दवा कब ली थी।

सप्ताह	सोमवार	मंगलवार	बुधवार	गुरुवार	शुक्रवार	शनिवार	रविवार
उदाहरण 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"/>
सप्ताह 1	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
सप्ताह 2	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
सप्ताह 3	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
सप्ताह 4	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
सप्ताह 5	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
सप्ताह 6	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
सप्ताह 7	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
सप्ताह 8	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
सप्ताह 9	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
सप्ताह 10	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
सप्ताह 11	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
सप्ताह 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

www.cdc.gov/tb

Hindi

लक्षणों की जाँच सूची

सुप्त क्षय रोग (TB) संक्रमण के लिए 12-आहार नियम

मरीज का नाम: _____



सामान्य दुष्प्रभाव

अधिकांश लोग बिना किसी समस्या के अपनी TB की दवाएं ले सकते हैं। Rifapentine दवा के कारण आपके मूल (पेशाब), लार, आंसू, या पसीने का रंग नारंगी-लाल हो सकता है। यह सामान्य बात है और समय के साथ यह रंग फीका पड़ सकता है।



यदि आपको निम्नलिखित में से कोई भी समस्या हो तो अपनी दवा लेना **बंद** कर दें और तुरंत अपने **TB डॉक्टर या नर्स को कॉल करें:**

- | | |
|---|--|
| <input type="checkbox"/> बैठते या खड़े होते समय चक्कर आना या सिर चकराना महसूस होना | <input type="checkbox"/> आपकी त्वचा या आंखों का सफेद भाग पीला दिखाई देना |
| <input type="checkbox"/> भूख कम लगना, या भोजन के लिए भूख न लगना | <input type="checkbox"/> त्वचा पर लाल चकत्ते या खुजली होना |
| <input type="checkbox"/> पेट खराब होना, मतली या उल्टी होना | <input type="checkbox"/> आपकी त्वचा पर खरोंच या लाल या बैंगनी रंग के धब्बे दिखना जिनका आप कारण नहीं बता सकते |
| <input type="checkbox"/> पेट दर्द या पेट में ऐंठन | <input type="checkbox"/> नाक से खून आना, या आपके मसूड़ों या दांतों के आसपास से खून आना |
| <input type="checkbox"/> आपकी छाती के निचले हिस्से में दर्द होना या सीने में जलन होना | <input type="checkbox"/> सांस लेने में कठिनाई |
| <input type="checkbox"/> बुखार के साथ या बिना बुखार के फ्लू जैसे लक्षण | <input type="checkbox"/> आपके हाथ, भुजाओं या पैरों में दर्द या झुनझुनी होना |
| <input type="checkbox"/> बहुत ज्यादा थकान या कमजोरी | <input type="checkbox"/> उदासी या डिप्रेशन की भावनाएँ |
| <input type="checkbox"/> बुखार या ठंड लगना | |
| <input type="checkbox"/> बहुत ज्यादा दस्त या हल्के रंग का मल | |
| <input type="checkbox"/> भूरा, चाय के रंग का या कोला के रंग का मूल | |



यदि सुप्त TB संक्रमण के उपचार के संबंध में आपके कोई प्रश्न या चिंताएँ हैं तो कृपया अपने डॉक्टर या नर्स से बात करें।

डॉक्टर/क्लिनिक संपर्क जानकारी

आपकी देखभाल करने वाले कर्मचारी का नाम: _____

फोन नंबर: _____

पता: _____

घंटे: _____



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

www.cdc.gov/tb