

درمل څارونکي

د پټ نري رنځ (TB) انتاني لپاره د 12-دور رژيم

ستاسو درمل مهالویش

(برابرونکي: د گوليو او ورځ مناسب شمير په گوته کړئ)

ورځ	فريکونسي	شميره په اونۍ کې د کولۍ	دارو
دوشنبه سه شنبه چهارشنبه پنجشنبه جمعه شنبه يک شنبه	په اونۍ کې يو ځل د 12 اونيو لپاره (3 مياشتي)	ټول ټولټال: _____ (ايسونيازيد _____، ريفينټاين _____)	ايسونيازيد _____ ملي گرام ريفينټاين _____ ملي گرام

ستاسو ډاکټر کولی شي ستاسو لپاره وپټامين 6B هم اضافه کړي درملنه پلان.

د تعقيب ساتل ستاسو د درملني

په لاندې جدول کې، بکس چيک کړئ او وليکننار بخته وښايست کله چې تاسو خپل درمل واخيستل.

اونۍ	دوشنبه	سه شنبه	چهارشنبه	پنجشنبه	جمعه	شنبه	یکشنبه
بېلگه - 7/5 13/5	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
اونۍ 1	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
اونۍ 2	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
اونۍ 3	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
اونۍ 4	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
اونۍ 5	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
اونۍ 6	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
اونۍ 7	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
اونۍ 8	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
اونۍ 9	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
اونۍ 10	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
اونۍ 11	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
اونۍ 12	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

Language

PASHTO

This document was originally created by CDC and was translated by SNTC.

www.cdc.gov/tb | <https://sntc.medicine.ufl.edu>

د نښې چک لیست

د پټ نري رنځ (TB) انتانی لپاره د 12-دووز رژیم

ناروغ نوم:

نورمال جاني عوارض عادی اړخيزي اغيزي

د بيري خلک کولی شي خپل TB واخلې پرته درمل هر ډول ستونزې. ريفايينتاين درمل کيدای شي ستاسو ادرار (پيش)، لعاب، اوبنکي، يا خولي د نارنجي سور رنگ څرگنديدو لامل شي. دا نورمال عادی دی او رنگ ممکن د وخت په تيريدو سره له مينځه ويسي.



ودريره ستاسو درمل اخیستل اوزنگ ستاسو د نري رنځ ډاکټريا که تاسو کومه ستونزه لرئ سمدلاسه نرس لاندې:



- | | |
|--|---|
| <input type="checkbox"/> سرچکر يا چکر کله ناست يا ولاړه | <input type="checkbox"/> ستاسو پوستکی يا سپين سترگی ژير بڼکاري |
| <input type="checkbox"/> لږ اشته، يا نه د خوړو لپاره اشته | <input type="checkbox"/> خارخ يا خارش |
| <input type="checkbox"/> د معدې خپگان، متزلزل، يا کانگي | <input type="checkbox"/> زخمونه، يا سور يا يا ارغواني داغونه ستاسو په پوټکي |
| <input type="checkbox"/> د معدې درد يا د معدې دردونه | <input type="checkbox"/> کي چي تاسو بي نشي تشریح کولی |
| <input type="checkbox"/> ستاسو په لاندی کي درد سينه يا د زره سوځيدنه | <input type="checkbox"/> د پوزي وينه، يا يا وينه بهيدل له ستاسو ژامله يا |
| <input type="checkbox"/> د زکام په څير نښي نښانې د تبي سرهيا پرته | <input type="checkbox"/> ستاسو د غابونو شاوخوا |
| <input type="checkbox"/> سخت ستریا يا کمزوری | <input type="checkbox"/> د ساه لنډی |
| <input type="checkbox"/> تبه او زکام | <input type="checkbox"/> درد او پرسوب ستاسو لاسونه، متونه، با لينگی |
| <input type="checkbox"/> شديد اسهال يا رنا رنگ شوي غالونه (ارگامی) | <input type="checkbox"/> خپگان احساسات يا تشویش |
| <input type="checkbox"/> نسواري، د چای رنگ، يا کولا رنگ ادرار | |

مهرباني وکړئ د خپل ډاکټر يا نرس سره خبرې وکړئ که تاسو د پټو TB انتانی درملني په اړه کومه پوښتنه يا اندېښنه لرئ.

د ډاکټر/روغتون د اړیکو معلومات



د هغه کارمند کارکونکی نوم چي ستاسو پاملرنه کوي:

د تلفون شميره

پته

ساعتونه