

服药记录

针对潜伏性结核 (TB) 感染的 12 剂量疗法

服药时间表

(药物提供者: 写明应服药丸数量及服药日)

药品	每周应服药丸数量	服药频率	服药日
异烟肼: ___ 毫克 利福喷汀: ___ 毫克	总计: _____ (异烟肼: _____, 利福喷汀: _____)	每周服用一次, 连续服用 12 周 (3 个月)	一 二 三 四 五 六 日

医生可能还会在您的治疗计划中添加维生素 B6。

坚持对治疗进行记录

在下表中勾选相应方框并写明日期, 以此记录您的服药日期。

周数	周一	周二	周三	周四	周五	周六	周日
例 5/7 - 5/13	<input type="checkbox"/> _____	<input checked="" type="checkbox"/> 5/8	<input type="checkbox"/> _____				
第 1 周	<input type="checkbox"/> _____	<input type="checkbox"/> _____	<input type="checkbox"/> _____	<input type="checkbox"/> _____	<input type="checkbox"/> _____	<input type="checkbox"/> _____	<input type="checkbox"/> _____
第 2 周	<input type="checkbox"/> _____	<input type="checkbox"/> _____	<input type="checkbox"/> _____	<input type="checkbox"/> _____	<input type="checkbox"/> _____	<input type="checkbox"/> _____	<input type="checkbox"/> _____
第 3 周	<input type="checkbox"/> _____	<input type="checkbox"/> _____	<input type="checkbox"/> _____	<input type="checkbox"/> _____	<input type="checkbox"/> _____	<input type="checkbox"/> _____	<input type="checkbox"/> _____
第 4 周	<input type="checkbox"/> _____	<input type="checkbox"/> _____	<input type="checkbox"/> _____	<input type="checkbox"/> _____	<input type="checkbox"/> _____	<input type="checkbox"/> _____	<input type="checkbox"/> _____
第 5 周	<input type="checkbox"/> _____	<input type="checkbox"/> _____	<input type="checkbox"/> _____	<input type="checkbox"/> _____	<input type="checkbox"/> _____	<input type="checkbox"/> _____	<input type="checkbox"/> _____
第 6 周	<input type="checkbox"/> _____	<input type="checkbox"/> _____	<input type="checkbox"/> _____	<input type="checkbox"/> _____	<input type="checkbox"/> _____	<input type="checkbox"/> _____	<input type="checkbox"/> _____
第 7 周	<input type="checkbox"/> _____	<input type="checkbox"/> _____	<input type="checkbox"/> _____	<input type="checkbox"/> _____	<input type="checkbox"/> _____	<input type="checkbox"/> _____	<input type="checkbox"/> _____
第 8 周	<input type="checkbox"/> _____	<input type="checkbox"/> _____	<input type="checkbox"/> _____	<input type="checkbox"/> _____	<input type="checkbox"/> _____	<input type="checkbox"/> _____	<input type="checkbox"/> _____
第 9 周	<input type="checkbox"/> _____	<input type="checkbox"/> _____	<input type="checkbox"/> _____	<input type="checkbox"/> _____	<input type="checkbox"/> _____	<input type="checkbox"/> _____	<input type="checkbox"/> _____
第 10 周	<input type="checkbox"/> _____	<input type="checkbox"/> _____	<input type="checkbox"/> _____	<input type="checkbox"/> _____	<input type="checkbox"/> _____	<input type="checkbox"/> _____	<input type="checkbox"/> _____
第 11 周	<input type="checkbox"/> _____	<input type="checkbox"/> _____	<input type="checkbox"/> _____	<input type="checkbox"/> _____	<input type="checkbox"/> _____	<input type="checkbox"/> _____	<input type="checkbox"/> _____
第 12 周	<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

CS292853B

症状清单

针对潜伏性结核 (TB) 感染的 12 剂量疗法

患者姓名: _____



正常副作用

大多数人服用 TB 药物时不会出现问题。利福喷汀可能会导致您的尿液、唾液、泪液或汗液呈现橘红色,这是正常现象,橘红色也会随着时间减淡。



若出现以下任何问题,请停止服药并立即致电负责治疗您的 TB 医师或护士:

- | | |
|---|--|
| <input type="checkbox"/> 坐或站时感到眩晕或头昏 | <input type="checkbox"/> 皮肤或眼白出现黄染 |
| <input type="checkbox"/> 食欲减退或无食欲 | <input type="checkbox"/> 皮疹或瘙痒 |
| <input type="checkbox"/> 胃肠不适、恶心或呕吐 | <input type="checkbox"/> 皮肤无故出现瘀青或红/紫色斑点 |
| <input type="checkbox"/> 胃痛或胃绞痛 | <input type="checkbox"/> 流鼻血或牙龈、牙周出血 |
| <input type="checkbox"/> 胸部下方疼痛或烧心感 | <input type="checkbox"/> 呼吸急促 |
| <input type="checkbox"/> 流感样症状(亦可能伴有发热) | <input type="checkbox"/> 手、手臂或腿部出现疼痛或麻刺感 |
| <input type="checkbox"/> 严重的疲倦或虚弱感 | <input type="checkbox"/> 悲伤或抑郁感 |
| <input type="checkbox"/> 发热或寒颤 | |
| <input type="checkbox"/> 严重腹泻或粪便呈浅色 | |
| <input type="checkbox"/> 褐色、茶色或可乐色尿液 | |



若有任何与潜伏性 TB 感染相关的问题,请咨询医师或护士。

医师/诊所联系方式

负责治疗的工作人员姓名: _____

电话号码: _____

地址: _____

上班时间: _____



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

www.cdc.gov/tb