

MẪU 1: THÔNG TIN TRƯỚC ĐIỀU TRỊ*Áp dụng trong hoạt động aDSM*

Cơ sở điều trị:

A. THÔNG TIN CHUNG

Họ và tên bệnh nhân:

Mã số bệnh nhân: _____

Số eTB: _____

Ngày sinh: ____/____/____

Giới tính: Nam NữVị trí tổn thương: Phổi Ngoài phổi Cả hai Không rõ

Chiều cao: |__|__|__| cm

Cân nặng: |__|__|__| kg

Phân loại bệnh nhân Mới mắc Thất bại phác đồ lao trước đó Tái phát Điều trị lại sau bỏ trị Chuyển đến (cơ sở cũ:) Khác (cụ thể:)**B. TÌNH TRẠNG LÂM SÀNG**

Đặc điểm	Có	Không
Suy kiệt	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Nghiện rượu	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Nghiện thuốc lá	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Nghiện ma túy	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Mang thai	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Cho con bú	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Khác	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

TIỀN SỬ DỊ ỨNG (mô tả nếu có)

Bệnh mắc kèm	Có	Không	Mô tả (nếu có)
HIV	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
Thiếu máu	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
Đái tháo đường	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
Bệnh thính giác	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
Bệnh thị giác	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
Bệnh gan	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
Bệnh thận	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
Bệnh tim mạch	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
Bệnh cơ xương khớp	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
Rối loạn tâm thần	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
Khác	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	

C. XÉT NGHIỆM TRƯỚC ĐIỀU TRỊ LAO (các xét nghiệm gần đây nhất)

Tên xét nghiệm	Kết quả	GT Bình thường	Ngày XN	Tên xét nghiệm	Kết quả	GT Bình thường	Ngày XN
Hemoglobin (g/dL)				SGOT/AST (U/L)			
Bạch cầu ($\times 10^9/L$)				SGPT/ALT (U/L)			
Tiểu cầu ($\times 10^9/L$)				Bilirubin TP ($\mu\text{mol/l}$)			
Creatinin ($\mu\text{mol/l}$)				Bilirubin TT ($\mu\text{mol/l}$)			
Kali (mmol/l)				Amylase (U/L)			
Magiê (mmol/l)				TSH ($\mu\text{U/L}$)			
Calci (mmol/l)				Đường huyết lúc đói (mmol/l)			
Acid uric ($\mu\text{mol/l}$)				Khác, cụ thể:			

Có thể sử dụng nhiều MẪU 1 nếu bệnh nhân có nhiều thuốc dùng kèm hoặc nhiều biến cố

Version 24/11/2017

Khoảng QT/QTc (ms)	
Khoảng QTcF (ms)	
Nhịp tim	

Đo thính lực	Tai trái:	Tai phải:
Đo thị lực	Mắt trái:	Mắt phải:
Khác		

D. THUỐC ĐIỀU TRỊ LAO

Tên thuốc	Liều/ngày (đơn vị)	Ngày/tuần	Ngày bắt đầu

E. TIỀN SỬ DÙNG THUỐC (trong vòng 30 ngày gần đây) và THUỐC DÙNG KÈM

Thuốc (tên thuốc, liều dùng, đường dùng)	Đang dùng
1.	<input type="checkbox"/>
2.	<input type="checkbox"/>
3.	<input type="checkbox"/>
4.	<input type="checkbox"/>
5.	<input type="checkbox"/>

F. CÁC BIẾN CỐ LIÊN QUAN ĐẾN SỨC KHỎE (trong vòng 30 ngày gần đây)

Mô tả đặc điểm biến cố	Thông tin về biến cố
1.	Biến cố còn tồn tại: <input type="checkbox"/> Có <input type="checkbox"/> Không Ngày xuất hiện: ___/___/___
2.	Biến cố còn tồn tại: <input type="checkbox"/> Có <input type="checkbox"/> Không Ngày xuất hiện: ___/___/___

Ngày báo cáo	___/___/___	Người báo cáo (ký và ghi rõ họ tên)	_____
---------------------	-------------	---	-------