

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) | _____ |
|---------------------|-------------|---|-------|