

# ЖУРНАЛ ПРИЙОМУ ПРЕПАРАТУ

3-місячний курс щоденного прийому ізоніазиду з рифампіном (4HR) для лікування латентного туберкульозу (ТБ)

ПІБ пацієнта: \_\_\_\_\_

Графік прийому препарату (лікарю: вкажіть, скільки таблеток слід приймати)

Препарат	Кількість табл. у дозі	Частота прийому	Тривалість	Ількість доз
Ізоніазид: _____ мг	УСЬОГО _____	1 р. на добу	3 міс.	90
Рифампін: _____ мг	Ізоніазид: _____			
	Рифампін: _____			

**У більшості людей не виникає жодних проблем під час прийому препаратів від ТБ.**

Через застосування рифампіну ваша сеча, слина, слюзи або піт можуть набути помаранчевого кольору. Це нормально; з часом незвичний колір зникне. Під час прийому ізоніазиду лікар може призначити вам додатково приймати вітамін B6.

**ПРИПИНІТЬ приймати препарат і терміново ЗАТЕЛЕФОНУЙТЕ лікаря або медсестри, які лікують вас від ТБ, якщо помітите наступні явища:**

- |   |                                       |                                |
|---|---------------------------------------|--------------------------------|
| зниження або відсутність апетиту;               | утворення синців або кровотечі;       | головний біль або болі в тілі; |
| розлад шлунку або спазми в животі;              | висип або зуд;                        | запаморочення;                 |
| нудота або блювання;                            | пожовтішання шкіри або очей;          | поколювання або оніміння в     |
| тяжка діарея або світлий стул;                  | виражена слабкість або втомлюваність; | руках або ногах.               |
| коричнева сеча, сеча кольору чаю або кока-коли; | гарячка;                              |                                |

Обов'язково поговоріть зі своїм лікарем або медсестрою, якщо у вас виникнуть питання або побоювання з приводу вашого лікування латентної ТБ-інфекції.

**Контактні дані лікаря/клініки**

ПІБ співробітника, який за вами доглядає: \_\_\_\_\_ Телефон: \_\_\_\_\_

Адреса: \_\_\_\_\_ Робочий час: \_\_\_\_\_

**Відстежуйте своє лікування**

У наведеній далі таблиці ставте позначку та записуйте дату, коли ви прийняли свій препарат.

## Дози 1–30

№ дози	Прийняли?	Дата	№ дози	Прийняли?	Дата	№ дози	Прийняли?	Дата
1			11			21		
2			12			22		
3			13			23		
4			14			24		
5			15			25		
6			16			26		
7			17			27		
8			18			28		
9			19			29		
10			20			30		

## Дози 31–60

№ дози	Прийняли?	Дата	№ дози	Прийняли?	Дата	№ дози	Прийняли?	Дата
31			41			51		
32			42			52		
33			43			53		
34			44			54		
35			45			55		
36			46			56		
37			47			57		
38			48			58		
39			49			59		
40			50			60		

## Дози 61–90

№ дози	Прийняли?	Дата	№ дози	Прийняли?	Дата	№ дози	Прийняли?	Дата
61			71			81		
62			72			82		
63			73			83		
64			74			84		
65			75			85		
66			76			86		
67			77			87		
68			78			88		
69			79			89		
70			80			90		

**UKRAINIAN**

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

[www.cdc.gov/tb](http://www.cdc.gov/tb) | <https://sntc.medicine.ufl.edu>