TUBERKULOOSIN VALVOTUN LÄÄKEHOIDON (DOT/VOT) SEURANTALOMAKE

Infektiosairaudet, Epidemiologinen yksikkö

Valvotun lääkehoidon (DOT/VOT) aloittanut osasto/poliklinikka	
Vastuuhoitaja(t) ja puh	Hoitava lääkäri ja puh

Tuberkuloosin jatkohoidosta vastaava osasto/poliklinikka
Vastuuhoitaja(t) ja puh/fax/sposti (potilastiedot vain salattuna):

POTILAS

Nimi	Henkilötunnus	Puhelinnumero
Osoite		Kotikunta
Yhteyshenkilö ja puh	Tulkin tarve (kieli)	Lähtöpaino (kg)

TUBERKULOOSI JA SEN SEURANTA:

☐ Keuhkotuberkuloosi ☐ Muu tuberkuloosi, mikä:

Diagnoosi on varmennettu:

☐ Yskös ☐ Bronkoskopia (bronkuslima/BAL) ☐ Kudospala ☐ Virtsa ☐ Luuydin

☐ Muu, mikä:

Eritteen tuberkuloosivärjäys: ☐ Positiivinen, pvm ☐ Negatiivinen

Eritteen tuberkuloosiviljely: ☐ Positiivinen, pvm ☐ Negatiivinen

Rifampis	**Isoniats**	**Pyratsin**	**Etambut**	**Ofloks**
☐ Herkkä (S) ☐ Resistentti (R)	☐ Herkkä (S) ☐ Resistentti (R)	☐ Herkkä (S) ☐ Resistentti (R)	☐ Herkkä (S) ☐ Resistentti (R)	☐ Herkkä (S) ☐ Resistentti (R)
Streptom	**Amikas**	**Syklose**	**P-Amino**	**Etionam**
☐ Herkkä (S) ☐ Resistentti (R)	☐ Herkkä (S) ☐ Resistentti (R)	☐ Herkkä (S) ☐ Resistentti (R)	☐ Herkkä (S) ☐ Resistentti (R)	☐ Herkkä (S) ☐ Resistentti (R)

Ysköstulokset:
Pos./neg./ei otettu (kirjaa alla taulukkoon). Keuhkokuva: Jos otettu, laita X

	Alussa _____/_____/_____	**2 vk** _____/_____/_____	**1 kk** _____/_____/_____	**2 kk** _____/_____/_____	**3 kk** _____/_____/_____	**4 kk** _____/_____/_____	**5 kk** _____/_____/_____	_____ **kk** _____/_____/_____
Värjäys	☐ pos. ☐ neg. ☐ ei otettu	☐ pos. ☐ neg. ☐ ei otettu	☐ pos. ☐ neg. ☐ ei otettu	☐ pos. ☐ neg. ☐ ei otettu	☐ pos. ☐ neg. ☐ ei otettu	☐ pos. ☐ neg. ☐ ei otettu	☐ pos. ☐ neg. ☐ ei otettu	☐ pos. ☐ neg. ☐ ei otettu
Viljely	☐ pos. ☐ neg. ☐ ei otettu	☐ pos. ☐ neg. ☐ ei otettu	☐ pos. ☐ neg. ☐ ei otettu	☐ pos. ☐ neg. ☐ ei otettu	☐ pos. ☐ neg. ☐ ei otettu	☐ pos. ☐ neg. ☐ ei otettu	☐ pos. ☐ neg. ☐ ei otettu	☐ pos. ☐ neg. ☐ ei otettu
Keuhkokuva	☐	☐	☐	☐	☐	☐	☐	☐

TUBERKULOOSIN LÄÄKEHOITO:

Hoito aloitettu (pp.kk.vvvv)	Lääkehoidon arvioitu kesto (kk)	Hoito lopetettu (pp.kk.vvvv)

Lääke	Annos	Aloituspvm	Lopetuspvm	Mahdolliset tauot Tauon syy	Tauon alkupvm	Tauon loppupvm

☐ DOT-lääkehaku 5 päivänä viikossa eli ma-pe	☐ VOT-videovalvottu lääkkeenotto 5 päivänä viikossa eli ma-pe
☐ DOT-lääkehaku 7 päivänä viikossa eli ma-su	☐ VOT-videovalvottu lääkkeenotto 7 päivänä viikossa eli ma-su
☐ ERITTÄIN HARVOIN: DOT-lääkehaku 3 päivänä viikossa eli ma-ke-pe	

TERVEYSKESKUS/MUU YKSIKKÖ, JOSSA DOT/VOT TOTEUTETAAN

Paikka	Vastuuhoitajan nimi
Puhelinnumero	Fax
Sähköposti (potilastiedot vain salattuna):	

TOIMITA LOMAKKEET:

1) **DOT/VOT-hoidon toteuttava oma terveyskeskus tai muu yksikkö (varmista toimitustapa vastaanottajalta ennen lähettämistä) JA**
2) **Tiedoksi espoolaisista Espoon tartuntatautiyksikköön (tartuntatauti@espoo.fi) ja helsinkiläisistä Helsingin Epidemiologiseen toimintaan (epidemiologinen.toiminta@hel.fi) SALATULLA sähköpostilla. Viestin otsikoksi "Tuberkuloosin DOT/VOT-lomake"**