

Переведення пацієнта на лікування випадку ТБ в інший ЗОЗ

?? ?????????? ?????????? ?? ?????????? ? ?????? ????

????????? ?????????? ??? ? ?????????? ? ?????????? «?????????????» ?????????? ?? ??????
???

Призначення01.03.2024

СпеціальністьФтизіатр

Остання зміна01.03.2024

Вид схеми ТБ

Стандартизована схема

Індивідуалізована схема

Стандартизована схема лікування ТБ

Категорія 1-3

Призначення ТБ

Відображати припинені препарати

Комбінації аббревіатур

HR, HREZ

Комбінації	Комбінації препарату	Інтенсивна фаза	Фаза продовження
H R E Z	H R E Z (150/75/59/75 Мг)	рифампіцин+ізоніазид+піразинамід+етан - 1,0000 (1 рази в 1) День (дні)), 2 Місяць (01.03.2024-29.04.2024)	
H R	H R (10 Мг)		Рифампіцин+Ізоніазид 150/75мг (табл., капс., др.) - 4,0000 (1 рази в 1) День (дні)), 4 Місяць (30.04.2024-27.08.2024)

Преривання плану лікування

Дата припинення*

10.03.2024

Зміст дії*

Переривання

Причина зміни*

Переведення в інший заклад

Область

Івано-Франківська область

ЗОЗ ТБ для переведення

КНП "Івано-Франківський обласний фтизіопульмонологічний центр"

Обрати область та ЛЗ в який було переведено пацієнта

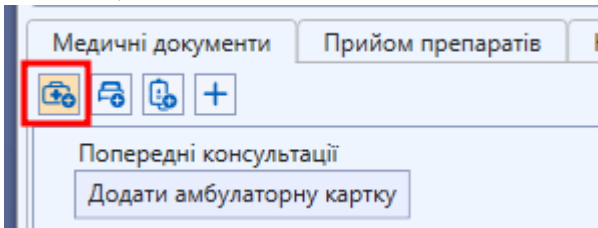
Ок

Скасувати

?? ?????????? ?????????? ??????????, ?????? ??? ? ?????????? ?
?????? ?????

1) ????????? ?????? ????????? ?? ??? ??? ????????????????? ?????? ? ???.

2) ????????? ????????? ????????????? ?????? ??????



3) ????????? ?????????????? ?????????? ?????? ????????? ?????????? ?????????? ? ??????
???, ? ??? ???? ???? ?????????? ?????????? ??

Дата консультації	11.03.2024 16:28	Тип відвідування
Скарги хворого		
Огляд		
Анамнез життя		
Випадок ТБ*	Випадок ЛЧ-ТБ № 151759 від 01.03.2024	
Примітки		
Сканкопія		
Сканкопія		
Завантажити 'Сканкопія' Сканувати 'Сканкопія'		
Дата наступного візиту		Госпіталізація
Спеціаліст	Коваленко Катерина	

4) ? ?????? ?????????? ?????????? ?????????? «?????»

?????! ??? ???? «????» ?? ??????, ?? ?????????? ????????? ?? ?
????????????? ???????.

Призначення	01.03.2024
Спеціальність	Фтїзіатр
Переривання	10.03.2024, Переведення в інший заклад
Вид схеми ТБ	<input checked="" type="radio"/> Стандартизована схема <input type="radio"/> Індивідуалізована схема
Стандартизована схема лікування ТБ*	Категорія 1-3

Призначення ТБ			
Відображати припинені препарати <input checked="" type="checkbox"/>			
Комбінації аббревіатур H R, H R E Z			
Комбінації	Комбінації препарату	Інтенсивна фаза	Фаза продовження
H R E Z	H R E Z (150/75/59/75 Mг)	рифампіцин+ізоніазид+піразинамід+етан - 1,0000 (1 рази в 1) День (дні)), 2 Місяць (01.03.2024-29.04.2024)	
H R	H R (10 Mг)		Рифампіцин+Ізоніазид 150/75мг (табл., капс., др.) - 4,0000 (1 рази в 1) День (дні)), 4 Місяць (30.04.2024-27.08.2024)

5) ? ?????? ?????????? ?????????? ?????? «????????????? ?? ????? ??????» ?
????'????? ?????? ?????????????? ?? ?? ??????????.

01.03.2024

Поновлення плану лікування

Дата поновлення*

11.03.2024

Причина поновлення *

Переведення до цього закладу(new)

Діагнози*

A15.0 - Туберкульоз легень, підтверджений мікроскопією харкотиння з культури або без неї

Вид схеми ТБ

Стандартизована схема

Індивідуалізована схема

Індивідуалізована схема лікування ТБ

Не вибрано жодного значення

Бюджет*

Державний

Організація ТБ*

Центр Громадського здоров'я

Ok

Скасувати

6) ????? ?????? ?????????? ?????? ?????????????????????? ?????? ? ?? ???????
??????????.

????????? ?????????? ?????????? ?? ??????????!

????????? ?????????????? ?????????? ?? ?????? ?????????? ?????????? ?????????? ??????
????????????? ?? ??? ?????? ??????????????????!

Відео-інструкція:

<https://www.youtube.com/embed/jQbux0oLK-g?si=qBC6O5nqFrRgcBY8>