Skriv ut

Fjern alt

folkehelseinstituttet

Studie: Resultat av forebyggende tuberkulosebehandling

Studien er godkjent i REK sør-øst (ref 2015/2122). Det er gitt dispensasjon fra taushetsplikten, jf §35 i helseforskningsloven, og fritak fra hovedregelen om å innhente samtykke fra deltagerne. Mer informasjon om studien finnes i følgeskrivet, samt på: http://www.fhi.no/artikler/?id=117384

Punkt 1, 2, 5 og 6 fylles ut for alle, punkt 3 og 4 fylles ut der behandlingsresultatet er ukjent eller behandlingen ikke er gjennomført.

1 *Pasientinformasjon*

Etternavn _____ Fornavn _____

Fnr _____ evt D-nr _____ evt DUF-nr _____

2 *Behandlingsresultat*

Er behandlingsregimet endret underveis i behandlingsforløpet? Hvis ja, gi utfyllende kommentar

Ble forebyggende behandling fullført (behandlingen gjennomført i samsvar med behandlingsplan)?

Ja ☐ Dato for avsluttning av behandling: _____ → *gå til punkt 5*

Nei ☐ → *gå til punkt 3* *Ukjent* ☐ → *gå til punkt 3*

3 ***Årsak til ukjent / ikke fullført forebyggende behandling*** (flere avkrysninger mulig)

☐ Pasienten hentet ikke resept (startet ikke behandling)

☐ Bivirkninger → *gå til punkt 4*

☐ Behandling avsluttet etter pasientens ønske Dato _____

☐ Diagnose avkreftet, behandling avsluttet Dato _____

☐ Pasienten diagnostisert med aktiv tuberkulosesykdom Dato _____

☐ Pasienten døde Dato _____

☐ Behandling avsluttet på grunn av svangerskap Dato _____

☐ Pasienten forsvant fra behandling Dato for siste kontakt _____

☐ Pasienten flyttet Dato _____

☐ Eget ønske ☐ Sendt ut av landet Oppfølging overført til: _____

Annen årsak _____

folkehelseinstituttet

4 *Bivirkninger som var årsak til opphold i/avslutning av behandling*

☐ Behandling *avsluttet* på grunn av bivirkninger Dato ☐

☐ *Opphold* i behandling på grunn av bivirkninger

Periode for opphold i behandling fra ☐ til ☐

Bivirkning (flere avkrysninger mulig)

☐ Levertoksisitet ☐ Utslett m/u kløe ☐ Perifer nevropati ☐ GI-symptomer ☐ Leddsmerter

☐ Tretthet/uvelhet ☐ Søvnløshet ☐ Influensalignende symptomer ☐ Blødninger/blåmerker

Annet ☐

Resultat av blodprøver ved tidspunkt for bivirkninger (angi mest unormale prøveresultater)

Dato ☐ ASAT ☐ ALAT ☐ bilirubin ☐ kreatinin ☐ trc ☐

Dato ☐ ASAT ☐ ALAT ☐ bilirubin ☐ kreatinin ☐ trc ☐

5 *Behandlingsforløpet*

Dato for første konsultasjon ☐ Dato for siste konsultasjon ☐

Antall konsultasjoner (inkl oppstart) utført av: lege ☐ sykepleier ☐

Ble det gjort indusert sputum før behandlingsoppstart ☐ Ja ☐ Nei ☐ Ukjent

Ble det gjennomført behandlingsplanmøte ☐ Ja ☐ Nei ☐ Ukjent

Gjennomføringen av behandlingen:

☐ Selvadministrert ☐ Dosett

☐ DOT hele perioden ☐ DOT deler av perioden ☐ Ukjent

Hvis DOT, hvem var ansvarlig: ☐ Hjemmesykepleier ☐ Apotek ☐ Arbeidsplass

☐ Familie Annet ☐

6 *Melders navn, adresse og telefonnummer*

Dato:

Utfylt skjema sendes til:
Folkhelseinstituttet
Avdeling for infeksjonsovervåking
Att: Brita Askeland Winje
Postboks 4404, Nydalen
0403 Oslo