附件 7-9

結核病個案出監/所前準備

姓名：_____ 身分證號：_____ 預定出監/所日：_____

通報日：_____ 初痰日期：_____ 痰塗片(□陰性□陽性) 痰培養(□陰性□陽性)

X 光日期：_____ □正常 □無空洞 □有空洞 □其他

開始治療日：_____ 預定停止治療日：_____

目前服用處方：□INH □RMP □PZA □EMB

□RFT □RFN □AKuriT-4 □AKuriT-3

其他：

衛教內容：

□ 繼續服藥及追蹤複查之重要性

□ 藥物副作用監測

□ 居家環境注意事項

□ 告知將有衛生所人員居家訪視及社區都治服務

□ 提供就醫醫院資訊，並就智慧關懷卡說明使用權益與義務

□ 告知出監/所後諮詢與照顧單位及聯絡方式：

管理單位（衛生所）：_____縣（市）_____鄉（鎮）（區）

負責人：_____聯絡電話：_____

出監/所後聯絡地址：

出監/所後聯絡電話/聯絡人：

衛教日期：_____衛教者簽名：_____個案簽名：_____