

Полезная информация

о ваших медицинских препаратах против скрытой формы туберкулеза (ТБ)

ИЗОНИАЗИД

Вам был выдан этот медицинский препарат для лечения скрытой формы туберкулеза. Вы не болеете туберкулезом, и вы не можете заразить туберкулезом окружающих. Этот препарат служит в качестве меры **ПРОФИЛАКТИКИ** против заражения туберкулезом.

При приеме этого медицинского препарата:

- Сообщите своему врачу или медсестре, если у вас возникли вопросы или опасения, связанные с приемом препарата.
- Посещайте приемы, назначенные в вашей клинике.
- Сообщите вашему врачу или медсестре, если вы употребляете алкоголь. При приеме этого лекарства лучше всего отказаться от употребления алкоголя.
- Сообщите вашему врачу или медсестре о любых других медицинских препаратах, которые вы принимаете.
- Обязательно сообщите другим лечащим вас врачам о том, что вы проходите лечение от скрытой формы туберкулеза.
- Принимайте все прописанные вам медицинские препараты согласно предписаниям вашего фтизиатра или медсестры.
- Некоторым пациентам удобнее принимать медицинские препараты вместе с едой.

Советы по приему вашего медицинского препарата:

- ✓ Принимайте ваше лекарство ежедневно в одно и то же время.
- ✓ Заводите будильник на время, в которое вам нужно принять ваше лекарство.
- ✓ Попросите члена семьи или друга напоминать вам.
- ✓ Используйте коробочку для пилюль.
- ✓ Повесьте записку с напоминанием на зеркало или холодильник.
- ✓ Используйте календарь, чтобы отмечать дни, в которые вы уже приняли лекарство.

График приема лекарства против скрытой формы туберкулеза:

(Для поставщиков услуг: составьте соответствующий график, укажите дни приема и количество таблеток)

Медицинский препарат	Расписание	Дни недели	Количество таблеток в день	Длительность приема
Изониазид	Ежедневно	Каждый день		9 месяцев

Ваш врач может порекомендовать вам прием витамина B6 вместе с вашим лекарством.

ЕСЛИ ВЫ ЗАБЫЛИ ПРИНЯТЬ ВАШЕ ЛЕКАРСТВО: Если вы пропустили время приема в назначенный день, но день еще не прошел, примите дозу лекарства сразу, как вспомните. Если вы пропустили день приема, пропустите одну дозу и примите лекарство в следующее время приема – не принимайте две дозы одновременно.

Замечания

Имя, фамилия моего врача:

Название моей клиники:

Номер телефона моей клиники:

По запросу настоящий документ может быть предоставлен в альтернативном формате лицам с ограниченными возможностями или на другом языке для лиц с ограниченными навыками владения английским языком. Для того, чтобы запросить эту брошюру в альтернативном формате или на другом языке, позвоните в отдел по контролю над заболеваемостью туберкулезом по тел. 503-358-8516.



Следите за появлением следующих возможных проблем:

ПРЕКРАТИТЕ прием вашего лекарства незамедлительно **И** позвоните вашему фтизиатру или медсестре при появлении любых из указанных ниже проблем:

- пониженный аппетит или отсутствие аппетита;
- расстройство желудка или спазмы желудка;
- тошнота или рвота;
- моча цвета кока-колы или светлый кал;
- сыпь или зуд;
- пожелтение кожи или глазных яблок;
- покалывание или онемение в руках или ногах.

Oregon
Health
Authority

ОТДЕЛ ОБЩЕСТВЕННОГО ЗДРАВООХРАНЕНИЯ
Трансформация системы здравоохранения