



**NATIONAL TUBERCULOSIS PROGRAM
INDIVIDUAL TREATMENT RECORD**

CHO - _____

Philhealth No. _____
Member _____ Dependent _____

Name : _____ Birthday: _____
Complete Address: _____
Age : _____ Sex : _____ Civil Status : _____ Occupation : _____
Name of Husband / Wife : _____
Name of Father: _____
Name of Mother: _____

Date : _____

Chief Complaint : _____

History of Present Illness :

Review of Systems

General: weight loss fatigue fever sweats
CNS: loss of consciousness seizure headache
Cardiac: palpitation easy fatigability chest pain
Resp: cough colds hemoptysis sputum production difficulty in breathing
GIT: anorexia nausea vomiting abdominal pain diarrhea constipation
 jaundice dysphagia
GUT: dysuria anuria hematuria incontinence nocturia
ENDO: polyuria polyphagia polydipsia pruritus
M/S: limitation of movement pain on movement
Skin: rash itching

Past Medical History:

Hospitalization:

Family History:

Nutrition:

Personal/Social/Smoking/History:

OB History (if applicable) G P (T P A L) LMP:

Immunization History(as applicable):

EXPERIENCE the ff: Y/N

HIV TESTING:
DRUGS:
BT:
Accidental needle prick:
STI:
Sex w/ female no condom:
Sex w/ male no condom:
Sex w/ prostitute:
Sex worker:

Objective Findings:

Vital Signs BP= CR/PR= RR= T= Weight= Height= BMI(kg/m2)=

GENERAL SURVEY:
HEENT:
NECK:
CHEST/LUNGS:
HEART:
ABDOMEN:
EXTREMITIES:
GENITALIA:
NEURO EXAM:

Assessment/Impression:

Plan/Management:

Health Worker: _____
(Name / Signature)

Designation: _____

**KASUNDUAN PARA SA PAGGAGAMUTAN NG TUBERCULOSIS
SA SANTA ROSA CITY HEALTH OFFICE II**

1. Ako si _____ ay napaliwanagan na ako ay may sakit na Tuberculosis at nauunawan ko na;
 - a. Ito ay sakit na nakakahawa.
 - b. Ito ay sakit na nagagamot subalit, mahaba ang panahon ng pag gagamutan upang ito ay lubusang gumaling (6 hanggang 8 buwan)
2. Upang ako ay gumaling;
 - a. Kinakailangan kong uminon ng gamot ng walang palya araw araw sa tamang oras at sa harap ng aking treatment partner na si _____.
 - b. Kinakailangan ko ang tamang pahinga at iiwas ako sa anumang bisyo kagaya ng pag inom ng alak at paninigarilyo.
 - c. Kakain ako ng sapat at masusustansyang pagkain
 - d. Kung may maramdaman akong di maganda sa aking katawan o side effects ay hindi ko ititigil ang paginom ng gamut. Sa halip ay sasabihin ko sa aking treatment partner/midwife/nurse/doctor ng City Health Office II upang agad itong malunasan.
3. Kung di ako iinom ng gamot sa tamang paraan ay;
 - a. Maari kong mahawahan ang aking pamilya at iba pang taong nakapaligid sa akin (ako ay makakahawa sa pamamgitan ng aking pag-ubo , pagbahing at pagdura kung saan saan)
 - b. Ang aking kalagayan ay mas lalala
 - c. Ang mikrobyo ng aking TB ay maaring di na tablan ng libreng gamot na pinamimigay ng DOH, at kailangan ko na ng gamot na mas higit na mamahaling gamot na di nakukuha sa City Health Office II.
4. Upang masubaybayan ang aking paggaling ay magbibigay ako ng plema sa laboratory sa itinakdang petsa ng aming Health Center.
5. Nauunawaan ko din ang mga kabutihang dulot ng tamang sinusubay – bayang gamutan:
 - a. Ako ay tuluyang gagaling sa aking sakit at di na makakahawa sa iba.
 - b. Ako ay makakabalik sa aking trabaho at magiging kapakipakinabang sa aking pamilya at sa kumunidad.
6. Nauunawaan ko din na kung malaki ang nagagawang pinsala ng TB sa aking baga bago ako naggamot, maari ang sira ng aking baga ay di na mabalik sa normal kahit tuluyan ng nagamot ang aking sakit na TB.
7. Kung ako ay titigil ng gamutan ng walang medical na kadahilanan, ang gamot na aking ginamit ay maaring ipabalik na sa akin at hindi na ako muli pwedeng magpatingin sa City Health Office II at sa karatig nitong Baranggay. Ako ay maari pang ipa-baranggay ng aking treatment partner/midwife/nurse / doctor.

Pangalan at Lagda ng Pasyente

Petsa ng Lagda

Witness

Petsa ng Lagda