附件4

学校对在校结核病患者治疗服药记录表

|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| **患者姓名:** | | **班级(院系):** | | **电话:** | **监督人:** | | **电话:** | | |
| **治疗方案:** | | | **开始日期:** | | | **结束日期:** | | | |
| **督导次数** | **督导日期** | **服药时间** | **不良反应** | | | | | **记录人签字** | **备注** |
| **胃肠道反应** | **皮肤反应** | **发热** | **末梢神经反应** | **其他** |
| **(如恶心\呕吐等)** | **(皮疹\瘙痒\皮炎等)** | **(手足麻木\抽搐等)** |
|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| 说明: 1．本表有负责学校结核病管理的校医或班主任等人员记录。  2．本表用于在校的患结核病学生或教职工治疗服药的记录。  3．本表根据要求进行记录、保存，以备查。 | | | | | | | | | |