



DEUTSCHES ZENTRALKOMITEE
ZUR BEKÄMPFUNG DER TUBERKULOSE
auf dem Gelände des
HELIOS Klinikum Emil von Behring
Eingang Urbanstrasse - Haus Q
Walterhöferstraße 11 · D-14165 Berlin
info@dzk-tuberkulose.de

Therapie-Karte

Therapy log

Name *Family name* **Vorname** *Surname* **Geburtstag** *Date of birth*

Postleitzahl / Wohnort *Postal code / Place of residency*

Straße *Street* **Telefon** *Phone*

Stempel des ausstellenden Arztes *Physician's stamp*

**Bitte diese Karte bei jeder Behandlung
dem Arzt vorlegen.**

Please present to your physician once attending prior to each examination



Vor Behandlungsbeginn unbedingt mikroskopische und kulturelle Sputum-Untersuchung zur Sicherung der Diagnose sowie Resistenzbestimmung als Grundlage der Chemotherapie veranlassen.

Before treatment initiation, please don't forget to initiate microbiological results of both sputum smear test and cultural testing.

Für die Standardtherapie der sensiblen Tuberkulose gilt:

The following refers to the standard therapy of fully susceptible tuberculosis:

Initialphase: Vierfachkombination (INH, RMP, PZA, EMB) über zwei Monate

Initial treatment phase: Combination of four drugs (INH, RMP, PZA, EMB) for 2 months.

Kontinuitätsphase: INH und RMP über weitere vier Monate bis zum Abschluss der sechsmonatigen Gesamtherapiedauer.

Continuation phase: INH and RMP for another 4 months until completion of full 6 months standard treatment regime.

Achtung: Alle Medikamente der Standardtherapie sollten von Beginn an gleichzeitig nüchtern eingenommen werden. Bei schlechter Verträglichkeit kann die Einnahme nach einem leichten, fettarmen Frühstück erfolgen. In Ausnahmefällen, wenn z.B. Verträglichkeitsprobleme vorliegen, die den Therapieerfolg gefährden, kann die Einnahme auch zum Abend nach dem Essen erfolgen.

Attention: the full daily dose should be taken at once, ideally in the morning during or short after breakfast. If tolerability is low, the medication may be taken after a light, low-fat breakfast. Under special circumstances (such as drug intolerance compromising therapeutic outcome), the medication may be taken in the evening after dinner.



Behandlungs-Woche <i>treatment week</i>	1	2	3	4
Datum <i>Date</i>				
M. TBC mikrosk. <i>Bacteriological result of sputum smear test</i>				
M. TBC Kultur <i>Culture result</i>				
Augenarzt-Konsil <i>Results of ophthalmological exam</i>				
HNO-Arzt-Konsil <i>Results of ENT exam (Audiology)</i>				



Medikamentenname (ausschreiben)

Please enter name of drug

Isoniazid				
Rifampicin				
Ethambutol				
Pyrazinamid				
Ergebnisse von Medikamentspiegelbestimmungen (falls vorhanden) mit Bezeichnung des getesteten Medikaments. <i>Results of drug level monitoring (if available), please name drug tested.</i>				
Unterschrift des beh. Arztes <i>Physician's signature</i>				



Behandlungs-Woche <i>treatment week</i>	5	6	7	8
Datum <i>Date</i>				
M. TBC mikrosk. <i>Bacteriological result of sputum smear test</i>				
M. TBC Kultur <i>Culture result</i>				
Augenarzt-Konsil <i>Results of ophthalmological exam</i>				
HNO-Arzt-Konsil <i>Results of ENT exam (Audiology)</i>				



Medikamentenname (ausschreiben)

Please enter name of drug

Isoniazid				
Rifampicin				
Ethambutol				
Pyrazinamid				
Ergebnisse von Medikamentspiegelbestimmungen (falls vorhanden) mit Bezeichnung des getesteten Medikaments. <i>Results of drug level monitoring (if available), please name drug tested.</i>				
Unterschrift des beh. Arztes <i>Physician's signature</i>				



Behandlungs-Woche <i>treatment week</i>	14	15	16	17
Datum <i>Date</i>				
M. TBC mikrosk. <i>Bacteriological result of sputum smear test</i>				
M. TBC Kultur <i>Culture result</i>				
Augenarzt-Konsil <i>Results of ophthalmological exam</i>				
HNO-Arzt-Konsil <i>Results of ENT exam (Audiology)</i>				




Medikamentenname (ausschreiben)

Please enter name of drug

Isoniazid				
Rifampicin				
Ethambutol				
Pyrazinamid				
Ergebnisse von Medikamentspiegelbestimmungen (falls vorhanden) mit Bezeichnung des getesteten Medikaments. <i>Results of drug level monitoring (if available), please name drug tested.</i>				
Unterschrift des beh. Arztes <i>Physician's signature</i>				



Behandlungs-Woche <i>treatment week</i>	23	24	6 Monat <i>month</i>	12 Monat <i>month</i>
Datum <i>Date</i>				
M. TBC mikrosk. <i>Bacteriological result of sputum smear test</i>				
M. TBC Kultur <i>Culture result</i>				
Augenarzt-Konsil <i>Results of ophthalmological exam</i>				
HNO-Arzt-Konsil <i>Results of ENT exam (Audiology)</i>				
 Medikamentenname (ausschreiben) <i>Please enter name of drug</i>				
Isoniazid				
Rifampicin				
Ethambutol				
Pyrazinamid				
Ergebnisse von Medikamentspiegelbestimmungen (falls vorhanden) mit Bezeichnung des getesteten Medikaments. <i>Results of drug level monitoring (if available), please name drug tested.</i>				
Unterschrift des beh. Arztes <i>Physician's signature</i>				



Notizen *notes*