

# LAMPIRAN

Lampiran Form TB 01 Hal 1

**PROGRAM TBC NASIONAL**

KARTU PENGOBATAN TBC  
(ANAK)

TB 01

Nama Penderita : .....  
 Alamat Lengkap : .....  
 Nama Pengawas Pengobatan/PMO : .....  
 Alamat Lengkap Pmo. : .....

Jenis Kelamin :  P  L Umur ..... Thn. Parut BCG Jelas  Tdk ada  Mcagukan

Klasifikasi Penyakit  Paru  Ekstra Paru  
 Tipe Penderita : -  Baru  Pindahan  
 pengobatan setelah lalai/default  
 Kambuh

Riwayat Pengobatan Sebelumnya : Belum pernah//  Pernah diobati lebih 1 bulan   
 Kurang dari 1 bulan

Catatan : ( Untuk hasil pemeriksaan lain, misalnya Rontgen, Biopsi, dll)  
 .....  
 .....  
 .....

Pemeriksaan Kontak Serumah : .....

No.	Nama	L/P	Umur	Tgl. Pemeriksaan	Hasil	Bulan															
						1	2	3	4	5	6	7	8	9	10	11	12				
1.	Demam *																				
2.	Batuk *																				
3.	Nafsu Makan																				
4.	Berat Badan (Kg)																				
5.	Lain-lain *																				

TANGGAL BULAN	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10	11	12	Untuk Pengobatan > 6 bulan			Jumlah
													28	29	30	

**II. TAHAP LANJUTAN :**

Beri tanda V pada kotak yang sesuai jenis pakuhan obat yang diberikan

KATEGORI 1  KATEGORI 2  KATEGORI 3  KATEGORI ANAK

TANGGAL BULAN	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10	11	12	13	14	15	16	17	18	19	20	21	22	23	24	25	26	27	28	29	30	31	Jumlah		

Beri tanda V jika penderita mengambil obat atau pengobatan dibawah pengawasan petugas kesehatan  
Beri tanda "garis strip" jika obat dibawa pulang dan ditelan sendiri dirumah

**CATATAN:**

.....  
.....  
.....

**HASIL AKHIR PENGobatan :** *(tulis tanggal dalam kotak yang sesuai)*

Sembuh	<input type="checkbox"/>	Pengobatan Lengkap	<input type="checkbox"/>	Meninggal	<input type="checkbox"/>	Gagal	<input type="checkbox"/>	Default	<input type="checkbox"/>	Pindah	<input type="checkbox"/>
--------	--------------------------	--------------------	--------------------------	-----------	--------------------------	-------	--------------------------	---------	--------------------------	--------	--------------------------

PROGRAM TB NASIONAL

TB.02

KARTU IDENTITAS PASIEN TB

Nama lengkap : \_\_\_\_\_  
Alamat lengkap : \_\_\_\_\_  
Jenis kelamin :  L  P Umur   tahun  
Nama UPK : \_\_\_\_\_ Telp. \_\_\_\_\_  
No.Reg. TB UPK : \_\_\_\_\_  
No. Reg. Kab/Kota : \_\_\_\_\_ Provinsi \_\_\_\_\_

KLASIFIKASI PENYAKIT

Paru  Ekstra paru

Lokasi \_\_\_\_\_

Tanggal mulai berobat:

TIPE PASIEN

Baru  Gagal  
 Kambuh  Pindahan  
 Setelah putus berobat (Default)  Lain-lain  
Sebutkan : \_\_\_\_\_

Paduan OAT yg diberikan:

\_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_

Lihat halaman sebelah

INGAT :

1. Peliharalah kartu anda dan bawa selalu bila datang ke unit Pelayanan.
2. Anda dapat sembuh jika mengikuti aturan pengobatan dengan menelan obat secara teratur.
3. Penyakit TB dapat menyebar ke orang lain bila tidak diobati teratur.

**Tanggal Perjanjian**  
 Mengambil Obat, Konsultasi Dokter, Periksa Ulang Dahak

Tanggal	Tahap Pengobatan	Jumlah OAT yang diberikan	Tanggal harus kembali

**Tanggal untuk Periksa Dahak Ulang**  
 untuk pemeriksaan dahak ulang pada :

\_\_\_\_\_ (seminggu sebelum akhir bulan ke : \_\_\_\_\_ )  
 \_\_\_\_\_ (seminggu sebelum akhir bulan ke : \_\_\_\_\_ )  
 \_\_\_\_\_ (seminggu sebelum akhir bulan ke : \_\_\_\_\_ )  
 \_\_\_\_\_ (seminggu sebelum akhir bulan ke : \_\_\_\_\_ )  
 \_\_\_\_\_ (seminggu sebelum akhir bulan ke : \_\_\_\_\_ )

\_\_\_\_\_ : oleh Dokter atau Perawat

\_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_