

ЗАТВЕРДЖЕНО
Наказ Міністерства охорони
здоров'я України
_____ від _____

Звіт про результати лікування випадків Риф -ТБ/МЛС-ТБ, за якими розпочато лікування 9 - 11 місяців тому, за _____ квартал 20 ____ року ТБ 08.2-МЛС-ТБ

Подають	Терміни подання
Заклади охорони здоров'я незалежно від їх організаційно-правової форми та підпорядкування та фізичні особи-підприємці, які зареєстровані в установленому законом порядку та одержали ліцензію на провадження господарської діяльності з медичної практики, що забезпечують медичне обслуговування населення відповідної території (далі – ЗОЗ/ФОП): ЗОЗ/ФОП, що належать до сфери управління МОЗ звіт по ЗОЗ/ФОП – регіональному фтизіопульмонологічному медичному центру; ЗОЗ, що належать до сфери управління інших ЦОВВ звіт по ЗОЗ – регіональному фтизіопульмонологічному медичному центру та своєму ЦОВВ. Регіональні фтизіопульмонологічні медичні центри та ЦОВВ узагальнені звіти – Державній установі «Центр громадського здоров'я Міністерства охорони здоров'я України» (далі - ДУ «Центр громадського здоров'я МОЗ України»).	Не пізніше ніж 05 число місяця, наступного за звітним кварталом
ДУ «Центр громадського здоров'я МОЗ України» узагальнені звіти - Міністерству охорони здоров'я України.	Не пізніше ніж 10 число місяця, наступного за звітним кварталом
	Не пізніше ніж 15 число місяця, наступного за звітним кварталом

**Форма
звітності
№ 8-6.2**

(квартальна)

ЗАТВЕРДЖЕНО
Наказ
Міністерства
охорони
здоров'я
України
№ _____

За
погодженням з
Держстатом

Респондент: Найменування _____										
Місцезнаходження _____ (вулиця (провулок, площа тощо), № будинку/корпусу, № квартири/офісу, населений пункт, район, область/ Автономна Республіка Крим, поштовий індекс)										
<table border="1" style="width: 100%; height: 20px; border-collapse: collapse;"><tr><td style="width: 25px;"></td><td style="width: 25px;"></td><td style="width: 25px;"></td><td style="width: 25px;"></td><td style="width: 25px;"></td><td style="width: 25px;"></td><td style="width: 25px;"></td><td style="width: 25px;"></td><td style="width: 25px;"></td><td style="width: 25px;"></td></tr></table> <p>Зазначається код за ЄДРПОУ платника податку або реєстраційний (обліковий) номер платника податків, який присвоюється контролюючими органами, або реєстраційний номер облікової картки платника податків - фізичної особи. Серію (за наявності) та номер паспорта зазначають фізичні особи, які через свої релігійні переконання відмовляються від прийняття реєстраційного номера облікової картки платника податків та офіційно повідомили про це відповідний контролюючий орган і мають відмітку у паспорті</p>										

Адміністративно-територіальна одиниця, ЗОЗ/ФОП _____	Випадки, які були зареєстровані у _____ кварталі 20__ року
Власне ім'я ПРІЗВИЩЕ координатора _____	

Таблиця. Результати лікування випадків Риф-ТБ/МЛС-ТБ, за якими розпочато лікування за короткостроковими схемами лікування 9 - 11 місяців тому

	№ рядка	Кількість випадків, за якими розпочато лікування у звітному періоді	Виліковано		Лікування завершено	Неефективне лікування	Померло			Втрата для подальшого спостереження	Продовжується лікування	Результат не оцінений
			Виліковано	з них вилікувано без рецидиву			ТБ	ВЛ	Інша причина			
А	Б	1	2		3	4	5	6	7	8	9	10
Риф-ТБ/ МЛС-ТБ	1		2.1	2.2								
із них випадків з ко-інфекцією ТБ/ВЛ	2											

Дата формування

(підпис особи, яка сформувала звітність)

«Власне ім'я ПРІЗВИЩЕ»

Дата підписання

(підпис керівника закладу охорони здоров'я/ФОП)

«Власне ім'я ПРІЗВИЩЕ»

телефон: _____ факс: _____ електронна пошта: _____

Директор
Департаменту громадського здоров'я



Олексій ДАНИЛЕНКО