

ЗАТВЕРДЖЕНО
Наказ Міністерства охорони
здоров'я України
 _____ від _____

Звіт про конверсію мокротиння у пацієнтів
з туберкульозом легень, зареєстрованих у _____ кварталі 20__ року ТБ 10

Подають	Терміни подання
<p>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):</p> <p>ЗОЗ/ФОП, що належать до сфери управління МОЗ звіт по ЗОЗ/ФОП – регіональному фтизіопульмонологічному медичному центру;</p> <p>ЗОЗ, що належать до сфери управління інших ЦОВВ звіт по ЗОЗ – регіональному фтизіопульмонологічному медичному центру та своєму ЦОВВ.</p> <p>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»).</p> <p>ДУ «Центр громадського здоров'я МОЗ України» узагальнені звіти - Міністерству охорони здоров'я України.</p>	<p>Не пізніше ніж 05 число місяця, наступного за звітним кварталом</p> <p>Не пізніше ніж 10 число місяця, наступного за звітним кварталом</p> <p>Не пізніше ніж 15 число місяця, наступного за звітним кварталом</p>

Форма
звітності
№ 8-2

(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)

--	--	--	--	--	--	--	--	--	--

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

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

Таблиця 1000. Негативація мокротиння у пацієнтів з випадками легеневого туберкульозу (ЛТБ), зареєстрованими у _____ кварталі 20__ року

	№ рядка	Загальна кількість випадків ЛТБ з КСБ «+»	Негативація мокротиння						Мазок не зроблено через 4 місяці лікування	Продовжується бактеріовиділення після 4 місяців лікування
			через 2 місяці		через 3 місяці		через 4 місяці			
			кількість випадків	%	кількість випадків	%	кількість випадків	%		
А	Б	1	2	3	4	5	6	7	8	9
Вперше діагностований туберкульоз (ТБ), у тому числі випадки ТБ з невідомою історією попереднього лікування	1									
Рецидив ТБ	2									
Інші випадки повторного лікування ТБ*	3									

Таблиця 2000. Причини, з яких не зроблено дослідження мокротиння

	№ рядка	Кількість померлих за причинами		Втрачений для подальшого спостереження	Результат не оцінений	Інша причина	Мазок не зроблено
		від ТБ	інші причини				
А	Б	1	2	3	4	5	6
Вперше діагностований ТБ, у тому числі випадки ТБ з невідомою історією попереднього лікування	1						
Рецидив ТБ	2						
Інші випадки повторного лікування ТБ*	3						
Всього	4						

* Решта випадків повторного лікування, включаючи пацієнтів, лікування яких проводиться після невдалого попереднього курсу терапії або після того, як пацієнти були втрачені для подальшого спостереження, а також - інші раніше ліковані випадки.

_____	_____	_____
Дата формування	(підпис особи, що сформувала звіт)	(Власне ім'я ПРИЗВИЩЕ)
_____	_____	_____
Дата підписання	(підпис керівника закладу охорони здоров'я/ФОП)	(Власне ім'я ПРИЗВИЩЕ)
телефон: _____ факс: _____ електронна пошта: _____		

Директор Департаменту громадського здоров'я


Олексій ДАНИЛЕНКО