

ЗАТВЕРДЖЕНО
Наказ Міністерства охорони
здоров'я України
№ _____

Найменування міністерства, іншого органу виконавчої влади, підприємства, установи, організації, до сфери управління якого (якої) належить заклад охорони здоров'я	МЕДИЧНА ДОКУМЕНТАЦІЯ Форма первинної облікової документації № 200-2/о ЗАТВЕРДЖЕНО Наказ МОЗ України № _____
Найменування та місцезнаходження (повна поштова адреса) закладу охорони здоров'я, в якому заповнюється форма 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	

Направлення на мікробіологічне дослідження ТБ 03-1
(в лабораторії спеціалізованих протитуберкульозних закладів)

1. Направлення на: ☐ бактеріоскопію ☐ культуральні дослідження ☐ ТМЧ до АМБП

1.1.Реєстраційний номер випадку	<table><tr><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td></tr></table>																	1.2.Номер в ІС	<table><tr><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td></tr></table>																
1.3.ПІБ лікаря, телефон															1.4.Дата направлення	__/__/____																			
1.5.Код лабораторії																																			
1.6.ПІБ пацієнта (за наявності)																																			
1.7.Дата народження	__/__/____				1.8.Вік								1.9.Стать Ч <input type="checkbox"/> Ж <input type="checkbox"/>																						
1.10.Адреса фактичного проживання пацієнта																																			
1.11.Біоматеріал	<input type="checkbox"/> мокротиння <input type="checkbox"/> інший біоматеріал														1.12.Дата забору матеріалу				__/__/____																

1.13. Мета дослідження:	1.13.1. Діагностика ТБ:										1.13.2. Контроль АМБТ									
	<input type="checkbox"/> ВДТБ					<input type="checkbox"/> ЛПВТБ					на ____ місяці лікування									
	<input type="checkbox"/> РТБ					<input type="checkbox"/> ІТБ					____ дози									
					<input type="checkbox"/> НЛТБ					<input type="checkbox"/> НПЛТБ										

ПІБ особи, відповідальної за збирання біоматеріалу, телефон _____
Лінія відрізу

Результат ТМЧ
Направлено з

(найменування закладу охорони здоров'я/ФОП)																(ПІБ лікаря, який направив матеріал)																																																	
Реєстраційний номер випадку																<table><tr><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td></tr></table>																	Номер в ІС																<table><tr><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td></tr></table>																
ПІБ пацієнта (за наявності)																																																																	
Адреса проживання																																																																	
Біоматеріал																<input type="checkbox"/> мокротиння <input type="checkbox"/> інший біоматеріал																Дата доставки матеріалу																__/__/____																	
Код лабораторії																																Лабораторний номер зразка																																	

Використане середовище (рідке/щільне)	Дата забору матеріалу	До препаратів I ряду				До препаратів II ряду											
		Н	Р	З	Е	Lfx	Mfx 0.25	Mfx 1.0	Lzd	Cfz	Bdq	Dlm	Am				
	__/__/__																
	__/__/__																

Ч – чутливий, Р – резистентний, П – проріст, Н – не проведено
Дата постановки на ТМЧ __/__/__ Дата видачі результату __/__/__
ПІБ відповідальної особи за проведене дослідження, підпис _____
Лінія відрізу

Результат ТМЧ
Направлено з

(найменування закладу охорони здоров'я/ФОП)																(ПІБ лікаря, який направив матеріал)																																																	
Реєстраційний номер випадку																<table><tr><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td></tr></table>																	Номер в ІС																<table><tr><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td></tr></table>																
ПІБ пацієнта (за наявності)																																																																	
Адреса проживання																																																																	
Біоматеріал																<input type="checkbox"/> мокротиння <input type="checkbox"/> інший біоматеріал																Дата доставки матеріалу																__/__/____																	
Код лабораторії																																Лабораторний номер зразка																																	

Використане середовище (рідке/щільне)	Дата забору матеріалу	До препаратів I ряду				До препаратів II ряду											
		Н	Р	З	Е	Lfx	Mfx 0.25	Mfx 1.0	Lzd	Cfz	Bdq	Dlm	Am				
	__/__/__																
	__/__/__																

Ч – чутливий, Р – резистентний, П – проріст, Н – не проведено
Дата постановки на ТМЧ __/__/__ Дата видачі результату __/__/__
ПІБ відповідальної особи за проведене дослідження, підпис _____

Результат бактеріологічного дослідження

Направлено з

	(найменування закладу охорони здоров'я/ФОП)	(ПІБ лікаря, який направив матеріал)
Реєстраційний номер випадку	<div style="border: 1px solid black; width: 100px; height: 15px;"></div>	Номер в ІС <div style="border: 1px solid black; width: 100px; height: 15px;"></div>
ПІБ пацієнта (за наявності) _____		
Адреса проживання _____		
Біоматеріал	<input type="checkbox"/> мокротиння <input type="checkbox"/> інший біоматеріал	Дата доставки матеріалу __/__/____
Код лабораторії _____		Лабораторний номер зразка _____

Використане середовище (рідке/щільне)	Дата забору матеріалу	вводЩ	Результат										
			Негативний	Позитивний (для ВАСТЕК)	1-9 колоній	1+ (10-100 кол.)	2+ (100-200 кол.)	3+ (> 200, яскравий ріст)	Мікобактерії негуберкульозного комплексу	Помилка	Проріст	Контамінація	Примітки
	--/--/--	1											
	--/--/--	2											

Дата виділення культури __/__/__ Дата видачі результату __/__/__

ПІБ відповідальної особи за проведення дослідження, підпис _____
Лінія відрізу**Результат бактеріоскопічного дослідження**

Направлено з

	(найменування закладу охорони здоров'я/ФОП)	(ПІБ лікаря, який направив матеріал)
Реєстраційний номер випадку	<div style="border: 1px solid black; width: 100px; height: 15px;"></div>	Номер в ІС <div style="border: 1px solid black; width: 100px; height: 15px;"></div>
ПІБ пацієнта (за наявності) _____		
Адреса проживання _____		
Біоматеріал	<input type="checkbox"/> мокротиння <input type="checkbox"/> інший біоматеріал	Дата доставки матеріалу __/__/____
Код лабораторії _____		Лабораторний номер зразка _____

Дата забору матеріалу	Проба	Результат					Примітки (забруднення, слина, кров, мало матеріалу та інше)
		Негативний (0 КУБ у 100 п/з)	Позитивний/ступінь позитивності				
			1-9 КСБ у 100 п/з	1+	2+	3+	
__/__/__	1						
__/__/__	2						

Дата дослідження __/__/__ Дата видачі результату __/__/__

ПІБ відповідальної особи за проведення дослідження, підпис _____

Директор
Департаменту громадського здоров'я


Олексій ДАНИЛЕНКО