

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 _____ 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 _____ | МЕДИЧНА ДОКУМЕНТАЦІЯ Форма первинної облікової документації № 200-3/о ЗАТВЕРДЖЕНО Наказ МОЗ України № _____ |
|--|---|

Направлення на молекулярно - генетичне дослідження ТБ 03 Xpert MTB-XDR
(в лабораторії протитуберкульозних закладів)

| | | | |
|--|--|--------------------------------|---|
| 1.1. Реєстраційний номер випадку | _____ | 1.2. Номер в IC | _____ |
| 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 | _____ |
| 1.10. Адреса проживання пацієнта | _____ | 1.9. Стать | Ч <input type="checkbox"/> Ж <input type="checkbox"/> |
| 1.11. Біоматеріал | <input type="checkbox"/> мокротиння <input type="checkbox"/> інший біоматеріал _____ | 1.12. Дата забору біоматеріалу | __/__/____ |
| 1.13. ПІБ особи, відповідальної за забор біоматеріалу, телефон | _____ | | |

Лінія відрізу

Результат Xpert MTB-XDR
Направлено з _____
(найменування закладу охорони здоров'я/ФОП) (ПІБ лікаря, який направив матеріал)
Реєстраційний номер випадку _____
ПІБ пацієнта (за наявності) _____
Адреса проживання _____
Біоматеріал ☐ мокротиння ☐ інший біоматеріал _____
Дата доставки біоматеріалу __/__/____
Код лабораторії _____
Лабораторний номер зразка _____

Таблиця результатів I частина

| Дата забору біоматеріалу | Результат тесту | | | | | |
|--------------------------|---|--------------|-----------|---------|------------------|---------------------------------|
| | Мікобактерії туберкульозу (МБТ) не виявлено | МБТ виявлено | Недійсний | Помилка | Немає результату | Підлягає повторному дослідженню |
| __/__/____ | | | | | | |

Таблиця результатів тесту II частина

| Ізоніазид (INH) | Фторхінолони (FLQ) | Амікацин (AMK) | Канаміцин (KAN) | Капреоміцин (CAP) | Етіонамід (ETH) |
|---|---|--|--|--|---|
| <input type="checkbox"/> Резистентність виявлена | <input type="checkbox"/> Резистентність виявлена | <input type="checkbox"/> Резистентність виявлена | <input type="checkbox"/> Резистентність виявлена | <input type="checkbox"/> Резистентність виявлена | <input type="checkbox"/> Резистентність виявлена |
| <input type="checkbox"/> Виявлено низьку (Low) резистентність | <input type="checkbox"/> Виявлено низьку (Low) резистентність | <input type="checkbox"/> Резистентність не виявлена | <input type="checkbox"/> Резистентність не виявлена | <input type="checkbox"/> Резистентність не виявлена | <input type="checkbox"/> Резистентність не виявлена |
| <input type="checkbox"/> Резистентність не виявлена | <input type="checkbox"/> Резистентність не виявлена | <input type="checkbox"/> Резистентність не визначена | <input type="checkbox"/> Резистентність не визначена | <input type="checkbox"/> Резистентність не визначена | |
| <input type="checkbox"/> Резистентність не визначена | <input type="checkbox"/> Резистентність не визначена | | | | |

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

ПІБ особи, відповідальної за проведене дослідження, підпис _____

Директор
Департаменту громадського здоров'я

Олексій ДАНИЛЕНКО