

ЗАТВЕРДЖЕНО
Наказ Міністерства охорони здоров'я України
№

<p>Найменування міністерства, іншого органу виконавчої влади, підприємства, установи, організації, до сфери управління якого (якої) належить заклад охорони здоров'я _____</p> <p>Найменування та місцезнаходження (повна поштова адреса) закладу охорони здоров'я/ФОП, в якому заповнюється форма _____</p>	<p>Рік _____</p> <p>Когорта _____</p>	<p>МЕДИЧНА ДОКУМЕНТАЦІЯ</p> <p>Форма первинної облікової документації</p> <p>№ 081-1/о</p> <p>ЗАТВЕРДЖЕНО</p> <p>Наказ Міністерства охорони здоров'я України</p> <p>_____ 20__ р. № _____</p>										
<table border="1" data-bbox="62 229 510 240"> <tr> <td></td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></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>												

МЕДИЧНА КАРТА ЛІКУВАННЯ ПАЦІЄНТА З ТУБЕРКУЛЬОЗОМ ТБ 01

[illegible]

I. ІНФОРМАЦІЯ ПРО ПАЦІЄНТА

1. Прізвище, ім'я, по батькові пацієнта (за наявності) _____	2. Дата народження _____ вік ____	3. Стать	<input type="checkbox"/> Ч	<input type="checkbox"/> Ж
4. Місце проживання, телефон _____		5. Мешканець	<input type="checkbox"/> Місто	<input type="checkbox"/> Село
6. Контактна особа		_____		
7. Місце роботи (навчання)		_____		

II. АНАМНЕЗ ХВОРОБИ

1. Виявлений		3. Дата звернення за медичною допомогою (ЗОЗ)	_____	6. Дата початку лікування ТБ	_____
<input type="checkbox"/> при профогляді	<input type="checkbox"/> при зверненні	4. Дата звернення за медичною допомогою (ТБ)	_____	7. Дата госпіталізації	_____
2. Дата виникнення перших симптомів _____		5. Дата реєстрації ЦЛКК	_____	8. Дата виписки зі стаціонару	_____

III. РЕЄСТРАЦІЙНА ГРУПА

1. <input type="checkbox"/> ВД ТБ	3. <input type="checkbox"/> НЛТБ	5. <input type="checkbox"/> ІТБ
2. <input type="checkbox"/> РТБ	4. <input type="checkbox"/> ЛПВТБ	6. <input type="checkbox"/> НІПЛТБ

IV. КЛІНІЧНА ФОРМА

1. ☐ Легеневий
3. Локалізація: _____

V. ПЕРЕВЕДЕННЯ

☐ Пацієнт переведений із ЗОЗ/ФОП, розташованого в іншій адміністративно-територіальній одиниці, підпорядкованого іншому органу виконавчої влади, підприємству, установі, організації _____ (вказати найменування закладу)

VI. РЕЗУЛЬТАТИ ОБСТЕЖЕНЬ

1. XpertMTB/Rif/Ultra

[illegible]

2. Тест – система гібридизації з типоспецифічними зондами (LPA/XDR)

[illegible]

3. Інші методи досліджень

[illegible]

VII. СХЕМИ ЛІКУВАННЯ 1. Інтенсивна фаза (ІФ)

Дата \ Схема ИФ	Н (г)	Р (г)	Е (г)	З (г)				План доз
1. <u> </u> / <u> </u> / <u> </u>								
2. <u> </u> / <u> </u> / <u> </u>								

2. Підтримуюча фаза (ПФ)

Дата \ Схема ПФ	Н (г)	Р (г)	Е (г)	З (г)				План доз
1. __/__/____								
2. __/__/____								

VIII. ПОБІЧНІ РЕАКЦІЇ НА АМБП У ПРОЦЕСІ ЛІКУВАННЯ ПАЦІЄНТА

[illegible]

ІХ. РЕЗУЛЬТАТ ЛІКУВАННЯ

1. <input type="checkbox"/> Вилікуваний	3. Неефективне лікування:	4. Помер:	5. <input type="checkbox"/> Втрата для подальшого спостереження
2. <input type="checkbox"/> Лікування завершено	1) <input type="checkbox"/> за мазком та /або посівом	1) <input type="checkbox"/> ТБ	6. <input type="checkbox"/> Результат не оцінений (не встановлений)
	2) <input type="checkbox"/> по клініко-рентгенологічній картині	2) <input type="checkbox"/> ВІЛ	7. <input type="checkbox"/> Переведений для лікування АМБП II ряду
		3) <input type="checkbox"/> інша причина	

Х. ПРИМІТКИ

У пацієнта був контроль за прийомом лікарських засобів (вказати назву організації) _____ в період з « ____ » _____ 20__ року по « ____ » _____ 20__ року
Пацієнт перебував на <input type="checkbox"/> відео ДОТ <input type="checkbox"/> SMART BOX <input type="checkbox"/> Інше (вказати) _____ в період з « ____ » _____ 20__ року по « ____ » _____ 20__ року

XI. БЕЗПОСЕРЕДНЄ СПОСТЕРЕЖЕННЯ ЗА ВЖИВАННЯМ АМБП В ІНТЕНСИВНІЙ ФАЗІ ТА ФАЗІ ПРОДОВЖЕННЯ

[illegible]

Заклад охорони здоров'я/ФОП _____ Місяць _____ Маса тіла _____ Зріст _____ см

[illegible]

Заклад охорони здоров'я /ФОП_____ Місяць_____ Маса тіла_____ Зріст _____
см

[illegible]

Заклад охорони здоров'я /ФОП_____ Місяць_____ Маса тіла_____ Зріст_____ см

[illegible]

Позначки в клітинках: контрольований прийом – ініціали медичного працівника; неконтрольований прийом – (+); хворий не приймав препарати – (0). Якщо дозу АМБП розділяють, то відповідну клітинку ділять рискою «/» і у верхньому лівому куті зазначають ранкову дозу, а в нижньому правому відзначають вечірню дозу.

XII. БЕЗПОСЕРЕДНЄ СПОСТЕРЕЖЕННЯ ЗА ВЖИВАННЯМ АМБП В ІНТЕНСИВНІЙ ФАЗІ ТА ФАЗІ ПРОДОВЖЕННЯ

[illegible]

Заклад охорони здоров'я _____	Місяць _____	Маса тіла _____	Зріст _____	см _____
-------------------------------	--------------	-----------------	-------------	----------

[illegible]

Заклад охорони здоров'я	Місяць	Маса тіла	Зріст	см
-------------------------	--------	-----------	-------	----

[illegible]

Заклад охорони
здоров'я/ФОП _____

Місяць _____

Маса тіла _____

Зріст _____

см

Назва препарату	Джерело фінансування	Доза (г)	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	Запла- новано	Отри- мано
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	32	33	34	35	36

Позначки в клітинках: контрольований прийом – ініціали медичного працівника; неконтрольований прийом – (+); хворий не приймав препарати – (0). Якщо дозу АМБП розділяють, то відповідну клітинку ділять рискою «/» і у верхньому лівому куті зазначають ранкову дозу, а в нижньому правому відзначають вечірню дозу.

Директор

Департаменту громадського здоров'я



Олексій ДАНИЛЕНКО