

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	<b>МЕДИЧНА ДОКУМЕНТАЦІЯ</b>										
Найменування та місцезнаходження закладу охорони здоров'я/ФОП, у якому заповнюється форма	Форма первинної облікової документації <b>№ 081-2/о</b>										
<table><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>											<b>ЗАТВЕРДЖЕНО</b> Наказ МОЗ України № _____

## Групи ризику розвитку туберкульозу ТБ 01-1

Реєстраційний номер  
випадку

/\_\_\_/\_\_\_/\_\_\_ /\_\_\_/\_\_\_/\_\_\_ /\_\_\_/\_\_\_/\_\_\_ /\_\_\_/\_\_\_/\_\_\_ /\_\_\_/\_\_\_/\_\_\_ /\_\_\_/\_\_\_/\_\_\_ Номер з ІС /\_\_\_/\_\_\_/\_\_\_/\_\_\_/\_\_\_

1. Діти і дорослі, які мали близький або осередковий контакт з пацієнтом з туберкульозом: ☐ так ☐ ні ☐ не відомо
  2. Діти і дорослі, які живуть з ВІЛ: ☐ так ☐ ні ☐ не відомо
  3. Особи, які працюють або працювали в минулому у виробничих умовах із впливом діоксиду кремнію (головним чином, шахтарі і працівники металургічної галузі): ☐ так ☐ ні ☐ не відомо
  4. Особи, які перебувають в ізоляторі тимчасового утримання; особи, взяті під варту, або засудженні до позбавлення волі, які перебувають в слідчих ізоляторах/установах виконання покарань; особи, які звільнилися із місць позбавлення волі; персонал, в т.ч. медичний, слідчих ізоляторів та установ виконання покарань: ☐ так ☐ ні
  5. Медичні працівники: ☐ так ☐ ні
  6. Особи з вперше виявленими фіброзними залишковими змінами в легенях, які не отримували лікування від ТБ: ☐ так ☐ ні ☐ не відомо
  7. Діти і дорослі із захворюваннями, що призводять до ослаблення імунітету (із зловживаннями новоутвореннями, цукровим діабетом, пацієнти, які отримують імуносупресивну терапію, терапію інгібітором ФНП- $\alpha$ ): ☐ так ☐ ні ☐ не відомо
  8. Особи, які зловживають алкоголем чи вживають наркотики: ☐ так ☐ ні
  9. Мігранти, в тому числі, внутрішньо переміщені особи: ☐ так ☐ ні ☐ не відомо
  10. Військовослужбовці: ☐ так ☐ ні
  11. Особи, які перебувають за межею бідності (зокрема, особи, які перебувають на обліку як малозабезпечені): ☐ так ☐ ні ☐ не відомо
  12. Особи без визначеного місця проживання: ☐ так ☐ ні ☐ не відомо
  13. Особи, які раніше лікувались від ТБ: ☐ так ☐ ні ☐ не відомо
  14. Особи з хронічними респіраторними захворюваннями: ☐ так ☐ ні ☐ не відомо
  15. Особи із захворюванням на пневмонію: ☐ так ☐ ні ☐ не відомо
  16. Курці: ☐ так ☐ ні
  17. Особи із дефіцитом харчування або особи з індексом маси тіла  $\leq 18$ : ☐ так ☐ ні ☐ не відомо
  18. Особи із гастректомією або шлунково-кишковим шунтування: ☐ так ☐ ні ☐ не відомо
  19. Особи із хронічною нирковою недостатністю: ☐ так ☐ ні ☐ не відомо
  20. Особи віком старше 60 років: ☐ так ☐ ні
  21. Вагітні (а також післяпологовий період протягом 3 місяців): ☐ так ☐ ні ☐ не відомо
  22. Особи, які перебувають у закладах охорони здоров'я психоневрологічного профілю: ☐ так ☐ ні
  23. Особи, які живуть у притулках: ☐ так ☐ ні
- Дата заповнення \_\_\_\_/\_\_\_\_/\_\_\_\_
- Прізвище, ім'я, по батькові особи, яка заповнила

Дата заповнення \_\_\_\_\_/\_\_\_\_\_/\_\_\_\_\_

Прізвище, ім'я, по батькові особи, яка заповнила  
форму Підпис

**Директор  
Департаменту громадського здоров'я**

 **Олексій ДАНИЛЕНКО**