

ЗАТВЕРДЖЕНО
Наказ Міністерства охорони
здоров'я України
_____від_____

Звіт про результати лікування випадків туберкульозу,
які зареєстровані 12 – 15 місяців тому, за _____ квартал 20 __ року ТБ 08

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

Форма
звітності
№ 8-1

(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

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

Таблиця. Результати лікування випадків туберкульозу (ТБ)

	№ ряд ка	Всього	Із них, переведено на лікування АМБП II ряду (окрім випадків монорезистент ності H рез-ТБ)	Результати лікування										
				Вилікуваний		Лікування завершено	Невдале лікування		Помер			Втрата для подальшого спостереження		Результат не оцінений
				вилікувано загальна кількість випадків)	у т. числі вилікувано без рецидиву		М/К	КЛ-Рн	ТБ	Ко – інфекція ТБ/ВІЛ	інші причини	Не розпочате лікування	Перерване лікування	
А	Б	1	2	3		4	5	6	7	8	9	10	11	12
ВДТБ та РТБ бактеріологічно підтверджені	1													
ВДТБ та РТБ клінічно діагностовані	2													
Інші випадки повторного лікування ТБ (крім РТБ) клінічно та бактеріологічно підтверджені	3													
Всього	4													
з них:	5													
ТБ/ВІЛ (ВДТБ та РТБ)														
ТБ/ВІЛ (інші випадки повторного лікування, окрім РТБ)	6													
Особи віком менше 15 років (ВДТБ+РТБ)	7													
Легеневий ТБ (ВДТБ + РТБ)	8													
Легеневий ТБ (інші випадки повторного лікування, окрім РТБ)	9													
Випадки з невідомою історією попереднього лікування ТБ	10													

_____	_____	_____
Дата формування	(підпис особи, яка сформувала звітність)	(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