

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	Рік _____	МЕДИЧНА ДОКУМЕНТАЦІЯ Форма первинної облікової документації № 081-3/о ЗАТВЕРДЖЕНО Наказ Міністерства охорони здоров'я України _____ 20__ р. № _____
Найменування та місцезнаходження (повна поштова адреса) закладу охорони здоров'я/ФОП, в якому заповнюється форма _____	Когорта _____	
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 КАРТА ЛІКУВАННЯ ПАЦІЄНТА З ТУБЕРКУЛЬОЗОМ ТБ 01-МЛС-ТБ

Реєстраційний номер випадку

Дата реєстрації ЦЛКК __/__/__ Номер в ІС

Джерело фінансування АМБП ☐ДБ ☐інше (вказати)_____

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. Адреса місця фактичного проживання, номер телефону _____	5. Місце проживання: <input type="checkbox"/> М <input type="checkbox"/> С	
6. Контактна особа _____		
7. Місце роботи (навчання) _____		

II. АНАМНЕЗ ХВОРОБИ (епізоди попереднього лікування)

№ з/п	Дата реєстрації випадку	Реєстраційний номер випадку	Дата початку лікування (якщо не відома, то рік)	Реєстраційна група	Режим АМБТ	Результат лікування	Чи застосовували АМБП II ряду довше ніж 1 місяць ?
1	2	3	4	5	6	7	<input type="checkbox"/> Так
							<input type="checkbox"/> Ні
							<input type="checkbox"/> Не відомо

III. РЕЄСТРАЦІЙНА ГРУПА

IV. ПІДТВЕРДЖЕННЯ ВИПАДКУ

V. ПЕРЕВЕДЕННЯ

VI. КЛІНІЧНА ФОРМА

1. <input type="checkbox"/> ВДТБ 2. <input type="checkbox"/> РТБ 3. <input type="checkbox"/> ЛПВТБ 4. <input type="checkbox"/> НЛТБ I курсу препаратами I ряду 5. <input type="checkbox"/> НЛТБ повторного курсу препаратами I ряду 6. <input type="checkbox"/> ІТБ	1. <input type="checkbox"/> Підтверджений випадок 2. <input type="checkbox"/> Випадок з ризиком Риф-ТБ/МЛС-ТБ/ ШЛС-ТБ: <input type="checkbox"/> Контакт з МЛС-ТБ <input type="checkbox"/> ВІЛ-інфіковані з НЛ I курсу	<input type="checkbox"/> Пацієнт переведений із ЗОЗ/ФОП, розташованого в іншій адміністративно-територіальній одиниці, або із ЗОЗ/ФОП, підпорядкованого іншому органу виконавчої влади, підприємству, установі, організації _____ (вказати назву закладу охорони здоров'я)	1. <input type="checkbox"/> Легенева 3. Локалізація: _____	2. <input type="checkbox"/> Позалегенева
--	--	--	---	--

VII. РЕЗУЛЬТАТИ ПЕРІОДИЧНИХ ОГЛЯДІВ ЦЛКК ТА ПРИЙНЯТІ РІШЕННЯ

[illegible]

VIII. РЕЗУЛЬТАТИ ДОСЛІДЖЕНЬ

1. Xpert MTB/Rif/Ultra

[illegible]

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

[illegible]

3. Інші методи

Місяць лікування	Мікроскопія мазка мокротиння			Культуральне дослідження			Тест медикаментозної чутливості (ТМЧ)																			Рентгенологічне дослідження			
	Дата забору біоматеріалу	лабораторний № зразка	результат	дата посіву	лабораторний № зразка	результат	дата проведення ТМЧ	дата отримання результату ТМЧ	H	R	Z	E	Am	Cm	Lfx	Mfx (0.25)	Mfx (1.0)	Lzd	Bdq	Dlm							дата дослідження	результат	
																												динаміка	деструкція (+/-)
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	
Раніше	__/__/__			__/__/__			__/__/__	__/__/__																					
0	__/__/__			__/__/__			__/__/__	__/__/__																					
1	__/__/__			__/__/__			__/__/__	__/__/__																					
2	__/__/__			__/__/__			__/__/__	__/__/__																					
3	__/__/__			__/__/__			__/__/__	__/__/__																					
4	__/__/__			__/__/__			__/__/__	__/__/__																					
5	__/__/__			__/__/__			__/__/__	__/__/__																					
6	__/__/__			__/__/__			__/__/__	__/__/__																					
7	__/__/__			__/__/__			__/__/__	__/__/__																					
8	__/__/__			__/__/__			__/__/__	__/__/__																					
9	__/__/__			__/__/__			__/__/__	__/__/__																					
10	__/__/__			__/__/__			__/__/__	__/__/__																					
11	__/__/__			__/__/__			__/__/__	__/__/__																					
12	__/__/__			__/__/__			__/__/__	__/__/__																					
13	__/__/__			__/__/__			__/__/__	__/__/__																					
14	__/__/__			__/__/__			__/__/__	__/__/__																					
15	__/__/__			__/__/__			__/__/__	__/__/__																					
16	__/__/__			__/__/__			__/__/__	__/__/__																					
17	__/__/__			__/__/__			__/__/__	__/__/__																					
18	__/__/__			__/__/__			__/__/__	__/__/__																					
19	__/__/__			__/__/__			__/__/__	__/__/__																					
20	__/__/__			__/__/__			__/__/__	__/__/__																					
21	__/__/__			__/__/__			__/__/__	__/__/__																					
22	__/__/__			__/__/__			__/__/__	__/__/__																					
23	__/__/__			__/__/__			__/__/__	__/__/__																					
24	__/__/__			__/__/__			__/__/__	__/__/__																					

1. <input type="checkbox"/> Вилікуваний	3. <input type="checkbox"/> Неефективне лікування	4. <input type="checkbox"/> Помер	5. <input type="checkbox"/> Втрата для подальшого спостереження
2. <input type="checkbox"/> Лікування завершено	1) <input type="checkbox"/> відсутність клінічної та/або бактеріологічної відповіді; ³	1) <input type="checkbox"/> ТБ	6 <input type="checkbox"/> Результат не оцінений
	2) <input type="checkbox"/> побічні реакції на лікарські засоби;	2) <input type="checkbox"/> ВІЛ	
	3) <input type="checkbox"/> наявні докази додаткової лікарської стійкості до лікарських засобів у схемі лікування.	3) <input type="checkbox"/> Інші	
		причини	

Дата госпіталізації	Дата виписки зі стаціонару	Найменування закладу охорони здоров'я
..../..../../..../..	
..../..../../..../..	
..../..../../..../..	
..../..../../..../..	

У пацієнта був контроль за прийомом лікарських засобів _____ в період з « ____ » _____ 20____ року по « ____ » _____ 20____ року
(вказати назву організації)

Пацієнт перебував на ☐ відеоДОТ ☐ SMART BOX ☐ Інше (вказати) _____ в період з « ____ » _____ 20____ року по « ____ » _____ 20____ року

[illegible]

XIII. ДАНІ ЛАБОРАТОРНИХ ТА ІНСТРУМЕНТАЛЬНИХ ДОСЛІДЖЕНЬ НА ПОЧАТКУ ЛІКУВАННЯ ТА В ПРОЦЕСІ ЛІКУВАННЯ ПАЦІЄНТА ПРЕПАРАТАМИ II РЯДУ

[illegible]

XIV. БЕЗПОСЕРЕДНЄ СПОСТЕРЕЖЕННЯ ЗА ВЖИВАННЯМ АМБП В ІНТЕНСИВНІЙ ТА ПІДТРИМУЮЧІЙ ФАЗАХ

(необхідне підкреслити)


Рестраційний номер														Номер в МІС							Назва місяця	_____	№ місяця від початку лікування	
Заклад охорони здоров'я/ФОП																					Вага пацієнта _____ кг Зріст _____ см			

[illegible]

Заклад охорони здоров'я/ФОП	6	Назва місяця _____	Вага пацієнта _____ кг Зріст _____ см	№ місяця від початку лікування		
-----------------------------	---	-----------------------	--	-----------------------------------	--	--

[illegible]

Позначки в клітинках: контрольований прийом – ініціали медичного працівника; неконтрольований прийом – (+); пацієнт не приймав препарати – (0).

 Якщо дозу АМБП розділяють, то у верхньому лівому куті зазначають ранкову дозу, а в нижньому правому зазначають вечірню дозу.

**Директор
Департаменту громадського здоров'я**



Олексій ДАНИЛЕНКО