

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/ФОП, в якому заповнюється форма

--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--

Зазначається код за ЄДРПОУ платника податку або реєстраційний (обліковий) номер пла контролюючими органами, або реєстраційний номер облікової картки платника податків - номер паспорта зазначають фізичні особи, які через свої релігійні переконання відмовляяс облікової картки платника податків та офіційно повідомили про це відповідний контролю

МЕДИЧНА ДОКУМЕНТАЦІЯ  
Форма первинної облікової документації  
№ 027- 4/о

ЗАТВЕРДЖЕНО

Наказ Міністерства охорони  
здоров'я України

№ \_\_\_\_\_

Виписка  
з медичної картки амбулаторного (стаціонарного) пацієнта з туберкульозом ТБ 09  
(необхідне підкреслити)

1. Заклад охорони здоров'я, з якого пацієнт переводиться /ФОП\_\_\_\_\_
2. Заклад охорони здоров'я, в який переводиться/ФОП\_\_\_\_\_
- 3.Прізвище, ім'я, по батькові пацієнта (при наявності) \_\_\_\_\_
4. Адреса проживання, телефон \_\_\_\_\_
5. Дата народження: \_\_\_\_\_, вік: \_\_\_\_\_ (років)
6. Стать: ☐ Ч ☐ Ж
7. Місце проживання: ☐ М ☐ С
8. Реєстраційний номер випадка
- |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|
|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|
9. Номер випадка в ІС \_\_\_\_\_
10. Дата реєстрації випадка \_\_\_\_\_
11. Перебування пацієнта в закладі: на амбулаторному лікуванні з \_\_\_\_\_ до \_\_\_\_\_; на стаціонарному лікуванні з \_\_\_\_\_ до \_\_\_\_\_.
12. Кількість днів амбулаторного лікування пацієнта у закладі охорони здоров'я \_\_\_\_\_, кількість ліжко-днів \_\_\_\_\_
13. Причина виписки/переведення \_\_\_\_\_
14. Клінічний діагноз \_\_\_\_\_
15. Ускладнення основного захворювання \_\_\_\_\_
16. Супутні захворювання \_\_\_\_\_

17. Результати лабораторних досліджень при реєстрації випадку ТБ (дата, номер, результат)			
17.1 МГ:GeneXpert	17.2 Мазок	17.3 Культура	17.4 Чутливість до АМБП
GeneXpertXDR/GeneType			

18. Результат рентгенівського дослідження (дата, номер, висновок) \_\_\_\_\_.
19. Інша інформація \_\_\_\_\_.

20.Результати лабораторних досліджень при виписці (дата, номер, результат)			
20.1 МГ:GeneXpert	20.2 Мазок	20.3 Культура	20.4 Чутливість до АМБП
GeneXpertXDR/GeneType			

21. Результати рентгенівського дослідження \_\_\_\_\_
22. Інша інформація \_\_\_\_\_.
23. Діагноз при виписці \_\_\_\_\_.

24. Ускладнення основного захворювання

25. Супутні захворювання

26. Режим лікування:

Дата початку лікування	Призначена схема лікування	Дата завершення лікування	Кількість прийнятих доз АМБП/місяців

27. Примітки:

28. Побічні реакції на АМБП

29. Лікування ускладнень

30. Лікування супутніх захворювань

31. Листок непрацездатності 31.1 З початку лікування № \_\_\_\_\_ з \_\_\_\_\_ до \_\_\_\_\_  
 32. Дата МСЕК 31.2 Продовжений № \_\_\_\_\_ з \_\_\_\_\_ до \_\_\_\_\_  
 34. Рекомендації 33. Група інвалідності \_\_\_\_\_

ПІБ лікуючого лікаря

підпис

дата

ПІБ завідувача відділення

підпис

дата

(лінія відрізу)

Для заповнення закладом охорони здоров'я, куди переведений пацієнт  
 Відправляється в заклад охорони здоров'я/ФОП, звідки переведено пацієнта

35. Прізвище, ім'я, по батькові пацієнта (з наявності) \_\_\_\_\_

36. Адреса проживання, телефон \_\_\_\_\_

37. Дата народження: \_\_\_\_\_; вік \_\_\_\_\_.

38. Реєстраційний номер випадка

Номер в ІС

39. Дата прибуття пацієнта до закладу охорони здоров'я/ФОП \_\_\_\_\_

ПІБ лікуючого лікаря

підпис

дата

ПІБ завідувача відділення

підпис

дата

Директор  
 Департаменту громадського здоров'я

Олексій ДАНИЛЕНКО

