

ЗАТВЕРДЖЕНО
Наказ Міністерства охорони
здоров'я України
_____ від _____

Звіт про результати лікування випадків Риф -ТБ/МЛС-ТБ /пре-ШЛС-ТБ/ШЛС-ТБ, за якими розпочато лікування 18 (20) місяців тому за _____
квартал 20 ____ року ТБ 08.1-МЛС-ТБ

| 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
№ 8-6.1**

(квартальна)

ЗАТВЕРДЖЕНО
Наказ
Міністерства
охорони
здоров'я МОЗ
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) | | | | | | | | | | | |
| <table border="1" style="width: 100%; height: 20px;"><tr><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td></tr></table> | | | | | | | | | | | |
| | | | | | | | | | | | |
| 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 _____ <div style="text-align: center; margin-top: -10px;">2</div> Власне ім'я ПРІЗВИЩЕ координатора _____ | Випадки, які були зареєстровані у _____ кварталі 20__ року |
|---|---|

Таблиця 1000. Результати лікування випадків Риф-ТБ/МЛС-ТБ/ пре-ШЛС-ТБ/ШЛС-ТБ, за якими розпочато лікування 18 (20) місяців тому

| | № рядка | Кількість випадків, за якими розпочато лікування у звітному періоді | Вилікувано | | Лікуванн я завершен о | Неефек тивне лікува ння | Померло | | | Втрата для подальшого спостереження | Результат не оцінений |
|-----------------------------------|---------|---|---------------------------------|-------------------------|-----------------------------|-------------------------------|---------|-----|--------------|-------------------------------------|-----------------------|
| | | | Вилікувано (загальна кількість) | Вилікувано без рецидиву | | | ТБ | ВІЛ | Інша причина | | |
| A | Б | 1 | 2 | | 3 | 4 | 5 | 6 | 7 | 8 | 9 |
| | | | 2.1 | 2.2 | | | | | | | |
| Риф-ТБ/МЛС-ТБ | 1 | | | | | | | | | | |
| Пре-ШЛС-ТБ | 2 | | | | | | | | | | |
| ШЛС-ТБ | 3 | | | | | | | | | | |
| Всього | 4 | | | | | | | | | | |
| із них випадків з ВІЛ - інфекцією | 5 | | | | | | | | | | |
| Непідтверджені випадки* | 6 | | | | | | | | | | |

*випадки з контактів Риф-ТБ/МЛС-ТБ/пре-ШЛС-ТБ/ШЛС-ТБ; невдача лікування препаратами 1 курсу АМБТ у ВІЛ-інфікованих; випадки полірезистентного ТБ, строк лікування яких становить більше 12 місяців

| | | |
|-----------------|---|------------------------|
| Дата формування | (підпис особи, яка сформувала звітність) | «Власне ім'я ПРІЗВИЩЕ» |
| Дата підписання | (підпис керівника закладу охорони здоров'я/ФОП) | «Власне ім'я ПРІЗВИЩЕ» |

телефон: _____ факс: _____ електронна пошта: _____

**Директор
Департаменту громадського здоров'я**



Олексій ДАНИЛЕНКО