

ЗАТВЕРДЖЕНО  
Наказ Міністерства охорони  
здоров'я України  
15 липня 2024 року № 1226

**Звітність**  
**Звіт про проміжні результати лікування випадків Риф-ТБ/МЛС-ТБ/пре –ШЛС-ТБ/ШЛС-ТБ**  
за \_\_\_\_\_ квартал 20 \_\_\_\_ року ТБ 07-МЛС-ТБ

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

**Форма звітності № 8-4**  
(квартальна)  
ЗАТВЕРДЖЕНО  
Наказ  
Міністерством охорони здоров'я України 15 липня 2024 року № 1226 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"><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 _____	Випадки, які були зареєстровані у _____ кварталі 20__ року
Власне ім'я ПРИЗВИЩЕ координатора _____	

**Таблиця 1000. Проміжні результати лікування випадків Риф-ТБ/МЛС-ТБ/пре-ШЛС-ТБ/ШЛС-ТБ, лікування яких було розпочато за схемами тривалістю 18 - 20 місяців**

№ рядка	Кількість випадків, лікування яких було розпочате у звітному періоді	Проміжні результати через 6 місяців лікування							
		Результати бактеріологічного дослідження			Вибули з -під нагляду				
		Негативний	Позитивний	Невідомий	Померло			Втрата для подальшого спостереження	
					ТБ	ВІЛ	Інша причина		
А	Б	1	2	3	4	5	6	7	8
Риф-ТБ	1								
МЛС-ТБ	2								
Пре-ШЛС-ТБ	3								
ШЛС-ТБ	4								
Всього	5								
Не підтверджена резистентність*	6								

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

**Таблиця 2000. Проміжні результати лікування випадків Риф-ТБ/пре-ШЛС-ТБ/МЛС-ТБ, лікування яких було розпочато за короткостроковими схемами тривалістю 6 - 11 місяців**

№ рядка	Кількість випадків, лікування яких було розпочате у звітному періоді	Проміжні результати лікування через 2 місяці лікування							
		Результати бактеріологічного дослідження після отримання 60 доз			Вибули з-під нагляду				
		Негативний	Позитивний	Невідомий	Померло			Втрата для подальшого спостереження	
					ТБ	ВІЛ	Інша причина		
А	Б	1	2	3	4	5	6	7	8
Риф-ТБ	1								
МЛС-ТБ	2								
пре-ШЛС-ТБ	3								

Дата формування \_\_\_\_\_

(підпис особи, яка сформувала звіт) \_\_\_\_\_

(Власне ім'я ПРИЗВИЩЕ) \_\_\_\_\_

Дата підписання \_\_\_\_\_

(підпис керівника закладу охорони здоров'я/ФОП) \_\_\_\_\_

(Власне ім'я ПРИЗВИЩЕ) \_\_\_\_\_

телефон: \_\_\_\_\_ факс: \_\_\_\_\_ електронна пошта: \_\_\_\_\_

**В.о. Директора**  
**Департаменту громадського здоров'я**

**Ігор ПОВОРОЗНИК**