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

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 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 _____	Рік _____ Когорта _____	МЕДИЧНА ДОКУМЕНТАЦІЯ Форма первинної облікової документації **№ 081-3/о** З А Т В Е Р Д Ж Е Н О Наказ Міністерства охорони здоров'я України 15 липня 2024 року № 1226

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)_____

І. ІНФОРМАЦІЯ ПРО ПАЦІЄНТА

1. Прізвище, імя, по батькові пацієнта (за наявності) _____ 2. Дата народження: _____Вік:____ 3. Стать: ☐Ч ☐Ж

4. Адреса задекларованого/зареєстрованого місця проживання (перебування), номер телефону _____ 5. Мешканець: ☐ М ☐С

6. Контактна особа _____

7. Місце роботи (навчання) _____

ІІ. 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
1	**2**	**3**	**4**	**5**	**6**	**7**

Чи застосовували АМБП ІІ ряду довше ніж 1 місяць ?
☐Так
☐Ні
☐Не відомо

ІІІ. РЕЄСТРАЦІЙНА ГРУПА

1.☐ НТБ 2.☐ РТБ 3.☐ ЛПВТБ
4.☐ НЛТБ 1 курсу препаратами І ряду
5.☐ НЛТБ повторного курсу препаратами І ряду
6.☐ ІТБ

IV. ПІДТВЕРДЖЕННЯ ВИПАДКУ

1. ☐ Підтверджений випадок
2. ☐ Випадок з ризиком Риф-ТБ/МЛС-ТБ/ ШЛС-ТБ:
☐Контакт з МЛС-ТБ
☐ВІЛ-інфіковані з НЛ 1 курсу

V. ПЕРЕВЕДЕННЯ

☐ 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)

VI. КЛІНІЧНА ФОРМА

1. ☐ Легенева
2. ☐ Позалегенева
3. Локалізація: _____

VII. РЕЗУЛЬТАТИ ПЕРІОДИЧНИХ ОГЛЯДІВ ЦЛКК ТА ПРИЙНЯТІ РІШЕННЯ

Дата	Результати розгляду ЦЛКК, прийняті рішення	Дата наступного огляду
1	2	3
__/__/__		__/__/__
__/__/__		__/__/__
__/__/__		__/__/__
__/__/__		__/__/__
__/__/__		__/__/__
__/__/__		__/__/__
__/__/__		__/__/__

VIII. РЕЗУЛЬТАТИ ДОСЛІДЖЕНЬ

1. Xpert MTB/Rif/Ultra

Дата		Лаб. №	Результат								
Забору	Результату		МБТ(+) / Rif(-)	МБТ(+) / Rif(+)	МБТ(+) / Rif(0)	МБТ(-)	МБТ(+) / Rif (невизначено)	Результат відсутній	Invalid	Помилка	Сліди
__/__/__	__/__/__										

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

Дата		Лаб. №	Результат			Чутливість						
Забору	Результату		МБТ(+)	МБТ(-)	МБТ(0)	H	R	Eto/Pto	Am	FLQ	FLQ Lfx	FLQ Mfx
__/__/__	__/__/__											

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	_/__/__			__/__/__			__/__/__	__/__/__																				

IX. РЕЗУЛЬТАТИ ЛІКУВАННЯ

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

X. ІНФОРМАЦІЯ ПРО ГОСПІТАЛІЗАЦІЮ

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

XI. ПРИМІТКИ

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

XII. ПОБІЧНІ РЕАКЦІЇ НА АМБП У ПРОЦЕСІ ЛІКУВАННЯ ПАЦІЄНТА

Початок НЯ/ПР (дата)	**Закінчення НЯ/ПР (дата)**	**Назва підозрюваного ЛЗ**	**Опис НЯ/ПР**	**Ступень важкості НЯ/ПР (від 1 до 4)**	**Чи відповідає НЯ/ПР критеріям серйозності (так/ні)**	**Корекція НЯ/ПР**	**Відміна АМБП/зміна режиму прийому (дози)** *(вказати дату)*	**Результат НЯ/ПР** *(вказати дату)*	**Форма №137/о відправлена (так чи ні)**
1	2	2	4	5	6	7	8	9	10

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

Гемоглобін	Нейтрофіли абс.	Глюкоза крові	Креатинін/ кліренс креатиніну	АЛТ/АСТ	Ліпаза	Молочна кислота/ Лактат	К	Альбумін	ТТГ	Загальний аналіз сечі	Скринінг на периферичну нейропатію	Скринінг гостроти зору та кольоросприйняття	ЕКГ	Аудіограма	Тест на вагітність (тільки для жінок)	Інше
1	2	3	4	5	6	7	9	10	12	13	14	15	16	17	18	19
_/_/_	_/_/_	_/_/_	_/_/_	_/_/_	_/_/_	_/_/_	_/_/_	_/_/_	_/_/_	_/_/_	_/_/_	_/_/_	_/_/_	_/_/_	_/_/_	
_/_/_	_/_/_	_/_/_	_/_/_	_/_/_	_/_/_	_/_/_	_/_/_	_/_/_	_/_/_	_/_/_	_/_/_	_/_/_	_/_/_	_/_/_	_/_/_	
_/_/_	_/_/_	_/_/_	_/_/_	_/_/_	_/_/_	_/_/_	_/_/_	_/_/_	_/_/_	_/_/_	_/_/_	_/_/_	_/_/_	_/_/_	_/_/_	_/_/_
_/_/_	_/_/_	_/_/_	_/_/_	_/_/_	_/_/_	_/_/_	_/_/_	_/_/_	_/_/_	_/_/_	_/_/_	_/_/_	_/_/_	_/_/_	_/_/_	_/_/_
_/_/_	_/_/_	_/_/_	_/_/_	_/_/_	_/_/_	_/_/_	_/_/_	_/_/_	_/_/_	_/_/_	_/_/_	_/_/_	_/_/_	_/_/_	_/_/_	_/_/_
_/_/_	_/_/_	_/_/_	_/_/_	_/_/_	_/_/_	_/_/_	_/_/_	_/_/_	_/_/_	_/_/_	_/_/_	_/_/_	_/_/_	_/_/_	_/_/_	_/_/_
_/_/_	_/_/_	_/_/_	_/_/_	_/_/_	_/_/_	_/_/_	_/_/_	_/_/_	_/_/_	_/_/_	_/_/_	_/_/_	_/_/_	_/_/_	_/_/_	_/_/_
_/_/_	_/_/_	_/_/_	_/_/_	_/_/_	_/_/_	_/_/_	_/_/_	_/_/_	_/_/_	_/_/_	_/_/_	_/_/_	_/_/_	_/_/_	_/_/_	_/_/_
_/_/_	_/_/_	_/_/_	_/_/_	_/_/_	_/_/_	_/_/_	_/_/_	_/_/_	_/_/_	_/_/_	_/_/_	_/_/_	_/_/_	_/_/_	_/_/_	_/_/_
_/_/_	_/_/_	_/_/_	_/_/_	_/_/_	_/_/_	_/_/_	_/_/_	_/_/_	_/_/_	_/_/_	_/_/_	_/_/_	_/_/_	_/_/_	_/_/_	_/_/_
_/_/_	_/_/_	_/_/_	_/_/_	_/_/_	_/_/_	_/_/_	_/_/_	_/_/_	_/_/_	_/_/_	_/_/_	_/_/_	_/_/_	_/_/_	_/_/_	_/_/_
_/_/_	_/_/_	_/_/_	_/_/_	_/_/_	_/_/_	_/_/_	_/_/_	_/_/_	_/_/_	_/_/_	_/_/_	_/_/_	_/_/_	_/_/_	_/_/_	_/_/_

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

(необхідне підкреслити)

Реєстраційний номер														**Номер в МІС**		**Назва місяця** _____	**№ місяця від початку лікування**	
Заклад охорони здоров'я/ ФОП																	**Вага пацієнта_____кг Зріст_____ см**	

Дата призначення	Препарат	Доза (г)	Джерело фінансування	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	30	31	Заплановано	Отримано
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	30	31	32	33	34	35	36	37

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

Дата призначення	Препарат	Доза (г)	Джерело фінансування	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	30	31	Заплановано	Отримано
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	30	31	32	33	34	35	36	

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.

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

(необхідне підкреслити)

Реєстраційний номер														Номер в МІС							Назва місяця		№ місяця від початку лікування		

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

Дата призначення	Препарат	Доза (г)	Джерело фінансування	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	30	31	Заплановано	Отримано
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	30	31	32	33	34	35	36	

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

Дата при-значення	Препарат	Доза (г)	Джерело фінансування	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	30	31	Заплановано	Отримано
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	30	31	32	33	34	35	36	

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.

В.о. директора
Департаменту громадського здоров'я **Ігор ПОВОРОЗНИК**