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 **№ 081–1/о** ЗАТВЕРДЖЕНО Наказ Міністерства охорони здоров'я України 15 липня 2024 року № 1226

МЕДИЧНА КАРТА ЛІКУВАННЯ ПАЦІЄНТА З ТУБЕРКУЛЬОЗОМ ТБ 01

Реєстраційний номер випадку	☐☐☐☐☐☐☐☐☐☐☐☐☐	Дата реєстрації __/___/___	**Номер в ІС** ☐☐☐☐☐☐

I. ІНФОРМАЦІЯ ПРО ПАЦІЄНТА

1. Прізвище, ім'я, по батькові пацієнта (за наявності) _____	2.	Дата народження _____ вік____	3. Стать	☐Ч	☐Ж
4. Адреса задекларованого/зареєстрованого місця проживання (перебування) пацієнта, телефон _____			5. Мешканець	☐Місто	☐Село
6. Контактна особа	☐	_____			
7. Місце роботи (навчання)	☐	_____			

II. АНАМНЕЗ ХВОРОБИ

1 . Виявлений		3. Дата звернення за медичною допомогою (ЗОЗ) _____	6. Дата початку лікування ТБ _____
☐при профогляді	☐ при зверненні	4. Дата звернення за медичною допомогою (ТБ) _____	7. Дата госпіталізації _____
2. Дата виникнення перших симптомів _____		5. Дата реєстрації ЦЛКК _____	8. Дата виписки зі стаціонару _____

III. РЕЄСТРАЦІЙНА ГРУПА

1. ☐ НТБ
2. ☐ РТБ
3. ☐ НЛТБ
4. ☐ ЛПВТБ
5. ☐ ІТБ
6. ☐НІПЛТБ

IV. КЛІНІЧНА ФОРМА

1. ☐ Легеневий
2. ☐ Позалегеневий
3. Локалізація:_____

V. ПЕРЕВЕДЕННЯ

☐ Пацієнт переведений із ЗОЗ/ФОП, розташованого в іншій адміністративно-територіальній одиниці, підпорядкованого іншому органу виконавчої влади, підприємству, установі, організації

_____
(вказати найменування закладу)

VI. РЕЗУЛЬТАТИ ОБСТЕЖЕНЬ

1. XpertMTB/Rif/Ultra

Дата		Лаб. №	Результати								
Забору	Отримання результату		МБТ(+) / Rif(-)	МБТ(+) / Rif(+)	МБТ(+) / Rif(0)	МБТ(-)	МБТ(+) / Rif (невизначена)	Результат відсутній	invalid	Помилка	Сліди
__/___/_____	__/___/___										
__/___/_____	__/___/___										

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

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

3. Інші методи досліджень

Кількість прийнятих доз	Номер рядка	Мокротиння (інший біологічний матеріал)																	4. Дата отримання результату гістологічного дослідження	5. Рентгенологічне дослідження		
		1. Мікроскопія			2. Посів				3. Тест медикаментозної чутливості (ТМЧ)											дата	Результат	Деструкція+/-
		Лаб. №	Дата забору	Результат	Лаб. №	дата		результат	дата		H	R	S	E	__	__	__	__			0. не зробл. 1. динам. (+) 2. динам. (-) 3. без змін 4.стабілізація	
						забору	результату		забору	результату												
А	Б	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10	11	12	13	14	15	16	17	18	19	20	21
0 ЗЛМ	1																					
	2																					
0 ТБ	3																					
	4																					
60 доз	5																					
	6																					
90 доз	7																					
	8																					
120 доз	9																					
180 доз	10																					

VII. СХЕМИ ЛІКУВАННЯ 1. Інтенсивна фаза (ІФ)

Схема ІФ / Дата	H (г)	R (г)	E (г)	Z (г)				План доз
1. __/___/_____								
2. __/___/_____								

2. Підтримуюча фаза (ПФ)

Схема ПФ / Дата	H (г)	R (г)	E (г)	Z (г)				План доз
1. __/___/_____								
2. __/___/_____								

VIII. ПОБІЧНІ РЕАКЦІЇ НА АМБП У ПРОЦЕСІ ЛІКУВАННЯ ПАЦІЄНТА

Початок НЯ/ПР (дата)	Закінчення НЯ/ПР (дата)	Назва підозрюваного ЛЗ	Опис НЯ/ПР	Ступень тяжкості 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	3	4	5	6	7	8	9	10

IX. РЕЗУЛЬТАТ ЛІКУВАННЯ

1. ☐ Вилікуваний 2. ☐ Лікування завершено	3. Неефективне лікування: 1) ☐ за мазком та /або посівом 2) ☐ по клініко-рентгенологічній картині	4. Помер: 1) ☐ ТБ 2) ☐ ВІЛ 3) ☐ інша причина	5. ☐ Втрата для подальшого спостереження 6. ☐ Результат не оцінений (не встановлений) 7. ☐ Переведений для лікування АМБП II ряду

X. ПРИМІТКИ

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

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

XI. БЕЗПОСЕРЕДНЄ СПОСТЕРЕЖЕННЯ ЗА ВЖИВАННЯМ АМБП В ІНТЕНСИВНІЙ ФАЗІ ТА ФАЗІ ПРОДОВЖЕННЯ

Реєстраційний номер випадку													**Номер в МІС**									**№ місяця від початку лікування**		

Заклад охорони здоров'я/ФОП _____Місяць_____ Маса тіла_____Зріст _____ см

Назва препарату	Джерело фінансування	Доза (г)	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	Запла-новано	Отри-мано
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_____Місяць_____ Маса тіла_____ Зріст _____ см

Назва препарату	Джерело фінансування	Доза (г)	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	Запла-новано	Отри-мано
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_____Місяць_____ Маса тіла_____ Зріст _____ см

Назва препарату	Джерело фінансування	Доза (г)	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	Запла-новано	Отри-мано
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 – (+); хворий не приймав препарати – (0). Якщо дозу АМБП розділяють, то відповідну клітинку ділять рискою «/» і у верхньому лівому куті зазначають ранкову дозу, а в нижньому правому відзначають вечірню дозу.

XII. БЕЗПОСЕРЕДНЄ СПОСТЕРЕЖЕННЯ ЗА ВЖИВАННЯМ АМБП В ІНТЕНСИВНІЙ ФАЗІ ТА ФАЗІ ПРОДОВЖЕННЯ

Реєстраційний номер випадку													Номер в МІС									№ місяця від початку лікування		

Заклад охорони здоров'я _____Місяць_____ Маса тіла_____ Зріст _____ см

Назва препарату	Джерело фінансування	Доза (г)	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	Запла-новано	Отри-мано
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 _____Місяць_____ Маса тіла_____ Зріст _____ см

Назва препарату	Джерело фінансування	Доза (г)	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	Запла-новано	Отри-мано
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_____ __Місяць_____ Маса тіла_____ Зріст _____ см

Назва препарату	Джерело фінансування	Доза (г)	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	Запла-новано	Отри-мано
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 – (+); хворий не приймав препарати – (0). Якщо дозу АМБП розділяють, то відповідну клітинку ділять рискою «/» і у верхньому лівому куті зазначають ранкову дозу, а в нижньому правому відзначають вечірню дозу.

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