

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, 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 _____	МЕДИЧНА ДОКУМЕНТАЦІЯ Форма первинної облікової документації № 200-1/о ЗАТВЕРДЖЕНО Наказ МОЗ України 15 липня 2024 року № 1226
--	---

Направлення на молекулярно-генетичне дослідження ТБ 03

1.1. Реєстраційний номер випадку _____	1.2. Номер в ІС _____
1.3. ПІБ лікаря, телефон _____	1.4. Дата направлення __/__/__
1.5. Код лабораторії _____	
1.6. Прізвище, ім'я, по батькові пацієнта (за наявності) _____	
1.7. Дата народження __/__/____	1.8. Вік _____
1.9. Стать: <input type="checkbox"/> Ч <input type="checkbox"/> Ж	
1.10. Адреса задекларованого/зарєстрованого місця проживання (перебування) _____	
1.11. Біоматеріал <input type="checkbox"/> мокротиння <input type="checkbox"/> інший _____	1.12. Дата забору матеріалу __/__/__

1.13. Мета дослідження:	1.13.1. Діагностика ТБ: <input type="checkbox"/> підозра ТБ <input type="checkbox"/> НТБ <input type="checkbox"/> РТБ <input type="checkbox"/> НЛТБ	1.13.2. Контроль АМБТ: <input type="checkbox"/> на _____ місяці лікування _____ дози
	<input type="checkbox"/> ЛПВТБ <input type="checkbox"/> ІТБ <input type="checkbox"/> НПЛТБ	

ПІБ особи, відповідальної за забір біоматеріалу, телефон _____

Лінія Відрізу

2. Результат дослідження на XpertMTB/Rif/Ultra (заповнюється в лабораторії)

2.1. Направлено з _____ (найменування закладу охорони здоров'я/ФОП, що направив біоматеріал)	2.3. Номер з ІС _____
2.2. Реєстраційний номер випадку _____	
2.4. Прізвище, ім'я, по батькові пацієнта (за наявності) _____	
2.5. Адреса проживання _____	
2.6. Дата доставки біоматеріалу __/__/__	2.7. Біоматеріал: <input type="checkbox"/> мокротиння <input type="checkbox"/> інше _____
	2.8. Код лабораторії _____

2.9. Лаб. №	2.10. Результат								
	МБТ(+)/Rif(-)	МБТ(+)/Rif(+)	МБТ(+)/Rif(0)	МБТ(-)	МБТ(+)/Rif(не визначено)	Результат відсутній	invalid (Недійсний)	Помилка	Сліди (MTB Trace)

Дата дослідження __/__/__ Дата видачі результату __/__/__

ПІБ відповідальної особи, підпис _____

В.о. директора
Департаменту громадського здоров'я

Ігор ПОВОРОЗНИК