

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

ЗВІТНІСТЬ
Звіт про кількість випадків туберкульозу
за _____ квартал 20__ року ТБ 06

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 фізіопульмонологічному медичному центру;</p> <p>ЗОЗ, що належать до сфери управління інших ЦОВВ звіт по ЗОЗ – регіональному фізіопульмонологічному медичному центру та своєму ЦОВВ.</p> <p>Регіональні фізіопульмонологічні 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>	<p>Форма звітності № 4</p> <p>(квартальна)</p> <p>ЗАТВЕРДЖЕНО Наказ Міністерства охорони здоров'я України 15 липня 2024 року № 1226 за погодженням з Держстатом</p>										
<p>Респондент: _____</p> <p>Місцезнаходження _____</p> <p>(вулиця (провулок, площа тощо), № будинку/корпусу, № квартири/офісу, населений пункт, район, область/ Автономна Республіка Крим, поштовий індекс)</p> <table border="1" style="width: 100%; height: 20px; margin-top: 10px;"><tr><td style="width: 25px;"> </td><td style="width: 25px;"> </td><td style="width: 25px;"> </td><td style="width: 25px;"> </td><td style="width: 25px;"> </td><td style="width: 25px;"> </td><td style="width: 25px;"> </td><td style="width: 25px;"> </td><td style="width: 25px;"> </td><td style="width: 25px;"> </td></tr></table> <p>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</p>												

Таблиця 3000. Заходи щодо випадків ТБ у поєднанні з хворобою, яка зумовлена вірусом імунодефіциту людини (ВІЛ)

	№ випадків	Загальна кількість зареєстрованих випадків ТБ	Кількість випадків ТБ, які пройшли тестування на ВІЛ	Кількість випадків ТБ/ВІЛ	Кількість випадків ТБ/ВІЛ, які отримують АРТ	Кількість випадків ТБ/ВІЛ, які отримували раніше або розпочали АРТ протягом 2 тижнів від початку АМБТ	Кількість випадків ТБ/ВІЛ, які отримують профілактичне лікування ко - тримоксазолом
А	Б	1	2	3	4	5	6
Всього випадків ТБ	1						
з них: нові випадки ТБ, випадки ТБ з невідомою історією попереднього лікування та рекурентні випадки ТБ	2						

Таблиця 4000. Виявлення нових та рекурентних випадків ТБ з МБТ «+» (Gene-Xpert, як первинний діагностичний тест) у осіб, обстежених в лабораторіях з мікробіологічної діагностики ТБ І рівня

Обстежені на ТБ та виявлені випадки з МБТ «+»		
Кількість обстежених	Виявлено випадків з МБТ «+»	%
1	2	3

Таблиця 5000. Кількість випадків ТБ (нові епізоди ТБ та повторно зареєстровані випадки ТБ), лікування яких розпочато у звітному кварталі

	№ рядка	Кількість зареєстрованих випадків ТБ у звітному кварталі	Розпочали лікування у звітному кварталі		Не розпочали лікування	
			Зареєстровані у звітному кварталі	Зареєстровані раніше	Померли до початку лікування	Були втрачені до початку лікування
А	Б	1	2	3	4	5
Нові епізоди	1					
Повторно зареєстровані випадки ТБ	2					
Всього	3					

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: _____

В.о. директора
Департаменту громадського здоров'я

Ігор ПОВОРОЗНИК