

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

**Звітність**

**Звіт про результати лікування випадків Риф -ТБ/МЛС-ТБ /пре-ШЛС-  
ТБ/ШЛС-ТБ, за якими розпочато лікування тривалими режимами 18 (20)  
місяців тому за \_\_\_\_\_ квартал 20 \_\_\_\_ року ТБ 08.1-МЛС-ТБ**

Подають	Терміни подання	<b>Форма звітності № 8-6.1</b>  (квартальна)  ЗАТВЕРДЖЕНО Наказ Міністерства охорони здоров'я МОЗ України 15 липня 2024 року № 1226 за погодженням з Держстатом
<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>Не пізніше ніж 05 число місяця, наступного за звітним кварталом</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>Не пізніше ніж 10 число місяця, наступного за звітним кварталом</p>	
<p>ДУ «Центр громадського здоров'я МОЗ України» узагальнені звіти – Міністерству охорони здоров'я України.</p>	<p>Не пізніше ніж 15 число місяця, наступного за звітним кварталом</p>	

Респондент: Найменування _____										
Місцезнаходження _____  (вулиця (провулок, площа тощо), № будинку/корпусу, № квартири/офісу, населений пункт, район, область/ Автономна Республіка Крим, поштовий індекс)										
<table border="1" data-bbox="129 1709 587 1744"><tr><td> </td><td> </td><td> </td><td> </td><td> </td><td> </td><td> </td><td> </td><td> </td><td> </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>										

Адміністративно-територіальна одиниця, ЗОЗ/ФОП \_\_\_\_\_ 2 \_\_\_\_\_

Власне ім'я ПРІЗВИЩЕ координатора \_\_\_\_\_

Випадки, які були зареєстровані  
у \_\_\_\_\_ кварталі 20\_\_ року

**Таблиця 1000. Результати лікування випадків Риф-ТБ/МЛС-ТБ/ пре-ШЛС-ТБ/ШЛС-ТБ, за якими розпочато лікування тривалими режимами 18 (20) місяців тому**

	№ рядка	Кількість випадків, за якими розпочато лікування у звітному періоді	Виліковано	Лікування завершено	Неефективне лікування				Померло			Втрата для подальшого спостереження	Результат не оцінений
					Відсутність клінічної відповіді	Відсутність бактеріологічної відповіді	Побічні реакції	Додаткова лікарська стійкість	ТБ	ВІЛ	Інша причина		
А	Б	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10	11	12
Риф-ТБ/МЛС-ТБ	1												
Пре-ШЛС-ТБ	2												
ШЛС-ТБ	3												
Всього	4												
із них випадків з ВІЛ - інфекцією	5												
Непідтверджені випадки*	6												

\*випадки з контактів Риф-ТБ/МЛС-ТБ/пре-ШЛС-ТБ/ШЛС-ТБ; невдача лікування препаратами 1 курсу АМБТ у ВІЛ-інфікованих; випадки Нрез-ТБ

\_\_\_\_\_ 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**