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

Звітність
Звіт про результати лікування випадків туберкульозу, які зареєстровані 12 – 15 місяців тому, за _____ квартал 20 __ року ТБ 08

Подають	Терміни подання
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): ЗОЗ/ФОП, що належать до сфері управління МОЗ звіт по ЗОЗ/ФОП – регіональному фтизіопульмонологічному медичному центру; ЗОЗ, що належать до сфери управління інших ЦОВВ звіт по ЗОЗ – регіональному фтизіопульмонологічному медичному центру та своєму ЦОВВ.	Не пізніше ніж 05 число місяця, наступного за звітним кварталом
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»).	Не пізніше ніж 10 число місяця, наступного за звітним кварталом
ДУ «Центр громадського здоров'я МОЗ України» узагальнені звіти – Міністерству охорони здоров'я України.	Не пізніше ніж 15 число місяця, наступного за звітним кварталом

Форма звітності № 8-1

(квартальна)

ЗАТВЕРДЖЕНО
Наказ Міністерства охорони здоров'я України
15 липня 2024 року № 1226
за погодженням з Держстатом

Респондент:
Найменування_____

Місцезнаходження_____
_____
(вулиця (провулок, площа тощо), № будинку/корпусу, № квартири/офісу, населений пункт, район, область/ Автономна Республіка Крим, поштовий індекс)

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

Адміністративно-територіальна одиниця, ЗОЗ/ФОП _____	Випадки, які були зареєстровані
Власне ім'я ПРІЗВИЩЕ координатора_____	у _____ кварталі 20__ року

Таблиця. Результати лікування випадків туберкульозу (ТБ)

	№ рядка	Всього	Із них, переведено на лікування АМБП II ряду	Результати лікування										
				Вилікуваний		Лікування завершено	Невдале лікування		Помер			Втрата для подальшого спостереження		Результат не оцінений
				вилікувано загальна кількість випадків)	у.т. числі вилікувано без рецидиву		М/К	КЛ-Рн	ТБ	Ко – інфекція ТБ/ВІЛ	інші причини	Не розпочате лікування	Перерване лікування	
				3										
А	Б	1	2	3.1	3.2	4	5	6	7	8	9	10	11	12
НТБ та РТБ бактеріологічно підтверджені	1													
НТБ та РТБ клінічно діагностовані	2													
Повторно зареєстровані випадки ТБ (крім РТБ) клінічно та бактеріологічно підтверджені	3													
Всього	4													
з них: ТБ/ВІЛ (НТБ та РТБ)	5													
ТБ/ВІЛ (повторно зареєстровані випадки, окрім РТБ)	6													
Особи віком менше 15 років (НТБ+РТБ)	7													
Легеневий ТБ (НТБ + РТБ)	8													
Легеневий ТБ (повторно зареєстровані випадки, окрім РТБ)	9													
Випадки з невідомою історією попереднього лікування ТБ	10													

_____ _____ _____

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**