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 /ФОП _____ 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 **№ 240-1/о** ЗАТВЕРДЖЕНО Наказ МОЗ України 15 липня 2024 року № 1226

ОПИС ЗРАЗКІВ БІОЛОГІЧНОГО МАТЕРІАЛУ, ЩО НАПРАВЛЯЮТЬСЯ В ЛАБОРАТОРІЮ ТБ 05

№ з/п	Прізвище, ім’я та по батькові пацієнта (за наявності)	Дата народження пацієнта	Вид діагностичного матеріалу (мокротиння/ культура або інший)	Реєстраційний номер випадку та номер випадку в ІС	Прізвище ім’я та по батькові лікаря	Дати забору біоматеріалу	Примітки
1	2	3	4	5	6	7	8
		_ _/ _ _/ _ _ _ _				1. _ _/ _ _/ _ _ _ _ 2. _ _/ _ _/ _ _ _ _	
		_ _/ _ _/ _ _ _ _				1. _ _/ _ _/ _ _ _ _ 2. _ _/ _ _/ _ _ _ _	
		_ _/ _ _/ _ _ _ _				1. _ _/ _ _/ _ _ _ _ 2. _ _/ _ _/ _ _ _ _	
		_ _/ _ _/ _ _ _ _				1. _ _/ _ _/ _ _ _ _ 2. _ _/ _ _/ _ _ _ _	
		_ _/ _ _/ _ _ _ _				1. _ _/ _ _/ _ _ _ _ 2_ _/ _ _/ _ _ _ _	
		_ _/ _ _/ _ _ _ _				1_ _/ _ _/ _ _ _ _ 2_ _/ _ _/ _ _ _ _	
		_ _/ _ _/ _ _ _ _				1_ _/ _ _/ _ _ _ _ 2_ _/ _ _/ _ _ _ _	
		_ _/ _ _/ _ _ _ _				1_ _/ _ _/ _ _ _ _ 2._ _/ _ _/ _ _ _ _	
		_ _/ _ _/ _ _ _ _				1_ _/ _ _/ _ _ _ _ 2._ _/ _ _/ _ _ _ _	
		_ _/ _ _/ _ _ _ _				1_ _/ _ _/ _ _ _ _ 2._ _/ _ _/ _ _ _ _	

Дата направлення _ _/ _ _/ _ _ _ _

Здав _ _/ _ _/ _ _ _ _ _____ /_____ /
підпис ПІБ

Прийняв _ _/ _ _/ _ _ _ _ _____ /_____ /
підпис ПІБ

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