

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	<b>МЕДИЧНА ДОКУМЕНТАЦІЯ</b> Форма первинної облікової документації № 200-2/о ЗАТВЕРДЖЕНО Наказ МОЗ України 15 липня 2024 року № 1226
Найменування та місцезнаходження (повна поштова адреса) закладу охорони здоров'я, в якому заповнюється форма Значається 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	

Направлення на мікробіологічне дослідження ТБ 03-1

(в лабораторії спеціалізованих протитуберкульозних закладів)

1. Направлення на:  бактеріоскопію  культуральні дослідження  ТМЧ до АМБП

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

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

ПІБ особи, відповідальної за збирання біоматеріалу, телефон \_\_\_\_\_

Лінія відрізу

Результат ТМЧ

Направлено з \_\_\_\_\_

Реєстраційний номер випадку	<input type="text"/>	(ПІБ лікаря, який направив матеріал)	<input type="text"/>
ПІБ пацієнта (за наявності)	<input type="text"/>	Номер в ІС	<input type="text"/>
Адреса задекларованого/зарєстрованого місця проживання (перебування)	<input type="text"/>		
Біоматеріал	<input type="checkbox"/> мокротиння <input type="checkbox"/> інший біоматеріал	Дата доставки матеріалу	__/__/__
Код лабораторії	<input type="text"/>	Лабораторний номер зразка	_____

Використане середовище (рідке/щільне)	Дата забору матеріалу	До препаратів I ряду				До препаратів II ряду								
		Н	R	Z	E	Lfx	Mfx 0.25	Mfx 1.0	Lzd	Cfz	Bdq	Dlm	Am	
	__/__/__													
	__/__/__													

Ч – чутливий, Р – резистентний, П – проріст, Н – не проведено

Дата постановки на ТМЧ \_\_/\_\_/\_\_ Дата видачі результату \_\_/\_\_/\_\_

ПІБ відповідальної особи за проведене дослідження, підпис \_\_\_\_\_

Лінія відрізу

Результат ТМЧ

Направлено з \_\_\_\_\_

Реєстраційний номер випадку	<input type="text"/>	(ПІБ лікаря, який направив матеріал)	<input type="text"/>
ПІБ пацієнта (за наявності)	<input type="text"/>	Номер в ІС	<input type="text"/>
Адреса задекларованого/зарєстрованого місця проживання (перебування)	<input type="text"/>		
Біоматеріал	<input type="checkbox"/> мокротиння <input type="checkbox"/> інший біоматеріал	Дата доставки матеріалу	__/__/__
Код лабораторії	<input type="text"/>	Лабораторний номер зразка	_____

Використане середовище (рідке/щільне)	Дата забору матеріалу	До препаратів I ряду				До препаратів II ряду								
		Н	R	Z	E	Lfx	Mfx 0.25	Mfx 1.0	Lzd	Cfz	Bdq	Dlm	Am	
	__/__/__													
	__/__/__													

Ч – чутливий, Р – резистентний, П – проріст, Н – не проведено

Дата постановки на ТМЧ \_\_/\_\_/\_\_ Дата видачі результату \_\_/\_\_/\_\_

ПІБ відповідальної особи за проведене дослідження, підпис \_\_\_\_\_

Результат бактеріологічного дослідження

Направлено з

(найменування закладу охорони здоров'я/ФОП)										(ПІБ лікаря, який направив матеріал)									
Регістраційний номер випадку										Номер в ІС									
ПІБ пацієнта (за наявності)																			
Адреса																			
задекларованого/зарєєстрова																			
ного місця проживання																			
(перебування)																			
Біоматеріал										Дата доставки матеріалу _ / _ / _									
<input type="checkbox"/> мокротиння										<input type="checkbox"/> інший біоматеріал									

Код лабораторії \_\_\_\_\_

Лабораторний номер зразка \_\_\_\_\_

Використане середовище (рідке/щільне)	Дата забору матеріалу	Проба	Результат														
			Негативний	Позитивний (для ВАСТЕК)	1-9 колоній	1+ (10-100 кол.)	2+ (100-200 кол.)	3+ (> 200, яскравий ріст)	Мікобактерії негуберкульозного комплексу	Помилка	Проріст	Контамінація	Примітки				
	__/__/__	1															
	__/__/__	2															

Дата виділення культури \_\_/\_\_/\_\_ Дата видачі результату \_\_/\_\_/\_\_

ПІБ відповідальної особи за проведене дослідження, підпис \_\_\_\_\_

*Лінія відрізу***Результат бактеріоскопічного дослідження**

Направлено з

(найменування закладу охорони здоров'я/ФОП)										(ПІБ лікаря, який направив матеріал)									
Регістраційний номер випадку										Номер в ІС									
ПІБ пацієнта (за наявності)																			
Адреса																			
задекларованого/зарєєстрова																			
ного місця проживання																			
(перебування)																			
Біоматеріал										Дата доставки матеріалу _ / _ / _									
<input type="checkbox"/> мокротиння										<input type="checkbox"/> інший біоматеріал									

Код лабораторії \_\_\_\_\_

Лабораторний номер зразка \_\_\_\_\_

Дата забору матеріалу	Проба	Результат				Примітки (забруднення, слина, кров, мало матеріалу та інше)
		Негативний (0 КУБ у 100 п/з)	Позитивний/ступінь позитивності			
			1-9 КСБ у 100 п/з	1+	2+	
__/__/__	1					
__/__/__	2					

Дата дослідження \_\_/\_\_/\_\_ Дата видачі результату \_\_/\_\_/\_\_

ПІБ відповідальної особи за проведене дослідження, підпис \_\_\_\_\_

**В.о. директора**  
**Департаменту громадського здоров'я**

**Ігор ПОВОРОЗНИК**