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/ФОП, в якому заповнюється форма

Зазначається код за ЄДРПОУ платника податку або реєстраційний (обліковий) номер пла контролюючими органами, або реєстраційний номер облікової картки платника податків номер паспорта зазначають фізичні особи, які через свої релігійні переконання відмовляю облікової картки платника податків та офіційно повідомили про це відповідний контролю

МЕДИЧНА ДОКУМЕНТАЦІЯ
Форма первинної облікової документації
№ 027– 4/о

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

Виписка
з медичної картки амбулаторного (стаціонарного) пацієнта з туберкульозом ТБ 09
(необхідне підкреслити)

1. Заклад охорони здоров'я, з якого пацієнт переводиться /ФОП_____
2. Заклад охорони здоров'я, в який переводиться/ФОП_____
3.Прізвище, ім'я, по батькові пацієнта (при наявності) _____

4. Адреса задекларованого/зареєстрованого місця проживання (перебування), телефон

_____

5. Дата народження: _____, вік: _____ (років) 6. Стать: ❒Ч ❒Ж 7. Місце проживання: ❒М ❒С

8. Реєстраційний номер випадка

9. Номер випадка в ІС _____
10. Дата реєстрації випадка _____
11. Перебування пацієнта в закладі: на амбулаторному лікуванні з_____ до _____; на стаціонарному лікуванні з _____ до _____ .
12. Кількість днів амбулаторного лікування пацієнта у закладі охорони здоров'я _____ , кількість ліжко–днів_____
13. Причина виписки/переведення_____
14. Клінічний діагноз _____
_____
15. Ускладнення основного захворювання _____
_____

16. Супутні захворювання
_____

17. Результати лабораторних досліджень при реєстрації випадку ТБ (дата, номер, результат)

17.1 МГ:GeneXpert	17.2 Мазок	17.3 Культура	17.4 Чутливість до АМБП
GeneXpertXDR/GeneType			

18. Результат рентгенівського дослідження (дата, номер, висновок)
_____.
19. Інша інформація_____.

20.Результати лабораторних досліджень при виписці (дата, номер, результат)

20.1 МГ:GeneXpert	20.2 Мазок	20.3 Культура	20.4 Чутливість до АМБП
GeneXpertXDR/GeneType			

21. Результати рентгенівського дослідження_____
_____
_____
_____ .
22. Інша інформація_____.
23. Діагноз при виписці
_____
_____.

24. Ускладнення основного захворювання
_____
_____.
25. Супутні захворювання
_____
_____.
26. Режим лікування:

Дата початку лікування	Призначена схема лікування	Дата завершення лікування	Кількість прийнятих доз АМБП/місяців

27. Примітки:_____
_____.

28. Побічні реакції на АМБП
_____
_____ .
29. Лікування ускладнень
_____
_____
_____.
30. Лікування супутніх захворювань
_____
_____
_____
_____ .

31. Листок непрацездатності
31.1 З початку лікування № ___ з _____ до _____
31.2 Продовжений № _____ з _____ до _____
32. Дата МСЕК _____ 33. Група інвалідності _____ .
34. Рекомендації
_____
_____
_____.

_____
ПІБ лікуючого лікаря _____ підпис _____ дата

_____
ПІБ завідувача відділення _____ підпис _____ дата

(лінія відрізу)

Для заповнення закладом охорони здоров'я, куди переведений пацієнт
Відправляється в заклад охорони здоров'я/ФОП, звідки переведено пацієнта
35. Прізвище, ім'я, по батькові пацієнта (з наявності) _____
36. Адреса задекларованого/зареєстрованого місця проживання (перебування), телефон_____
37. Дата народження: _____; вік _____.
38. Реєстраційний номер випадка | | | | | | | | | | | | | |
Номер в ІС | | | | | |
39. Дата прибуття пацієнта до закладу охорони здоров'я/ФОП _____.

_____ _____ _____
ПІБ лікуючого лікаря підпис дата

_____ _____ _____
ПІБ завідувача відділенням підпис дата

В.о. директора
Департаменту громадського здоров'я Ігор ПОВОРОЗНИК