

ЗАТВЕРДЖЕНО

Наказ Міністерства охорони здоров'я України

« ____ » _____ № _____

Звітність
Звіт про захворювання, які передаються переважно статевим шляхом,
грибкові шкірні хвороби та коросту за 20__ рік

Респонденти:	Терміни подання
1. Заклади охорони здоров'я незалежно від форми власності та організаційно-правової форми, фізичні особи – підприємці, що отримали ліцензію на провадження господарської діяльності з медичної практики за лікарськими спеціальностями: «Дерматовенерологія», «Дитяча дерматовенерологія», «Хірургічна дерматовенерологія» - Міністерству охорони здоров'я Автономної Республіки Крим, структурним підрозділам з питань охорони здоров'я обласних, Київської та Севастопольської міських державних адміністрацій	Згідно з наказами Міністерства охорони здоров'я Автономної Республіки Крим, структурних підрозділів з питань охорони здоров'я обласних, Київської та Севастопольської міських державних адміністрацій
2. Міністерство охорони здоров'я Автономної Республіки Крим, структурні підрозділи з питань охорони здоров'я обласних, Київської та Севастопольської міських державних адміністрацій, зведений звіт по регіону – Міністерству охорони здоров'я України	Згідно з наказом Міністерства охорони здоров'я України
3. Міністерство охорони здоров'я України - зведений звіт по Україні та регіонах – Державній службі статистики України.	15 квітня

Форма № 9

ЗАТВЕРДЖО

Наказ МОЗ України
від ____ № ____

За погодженням з
Держстатом

Респондент: Найменування: _____ Місцезнаходження: _____ Найменування міністерства, іншого органу виконавчої влади, підприємства, установи, організації, до сфери управління якого (якої) належить респондент: _____			
Коди			
за ЄДРПОУ (для юридичних осіб), реєстраційний номер облікової картки платника податків (для фізичних осіб - підприємців) або серія та номер паспорта (для фізичних осіб, які мають відмітку або інформацію в паспорті громадянина України про право здійснювати будь-які платежі за серією та/або номером паспорта)	адміністративно-територіальної одиниці та території територіальної громади (КАТОТТГ) респондента	виду економічної діяльності (КВЕД) респондента	організаційно-правової форми господарювання (КОПФГ)
1	2	3	4

Продовження таблиці 1000

Найменування хвороб	№ рядка	Шифр НК 025:2021	Стать	Усього хворих осіб	У тому числі хворі віком (включно)											Із загальної кількості хворих (гр.1) - сільські жителі
					0-14 років	15-19 років	з них 15-17 років	20-24 роки	25-29 років	30-34 роки	35-39 років	40-44 років	45-49 років	50-59 років	60 років і старші	
А	В	С	Д	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10	11	12	13
Аногенітальні герпесвірусні інфекції (герпес простий)	26	A60	Ч													
	27		Ж													
Аногенітальні (венеричні) бородавки	28	A63.0	Ч													
	29		Ж													
Інші уточнені та неуточнені хвороби, що передаються переважно статевим шляхом	30	A63.8, A64 - частина	Ч													
	31		Ж													
Фтиріоз, змішаний педикульоз і фтиріоз	32	B85.3, B85.4	Ч													
	33		Ж													

Таблиця 1001. Кількість хворих з уперше в житті встановленим діагнозом дерматофітозів: трихофітії та мікроспорії – всього (B35) 1 ____, у тому числі діти віком 0-17 років включно (з п.1) 2 ____, дерматофітія ступень (B35.3) 3 ____, корости (B86) 4 ____, у тому числі діти віком 0-17 років включно (з п.4) 5 ____. Кількість хворих на псоріаз – всього (L40) 6 ____, у тому числі діти віком 0-17 років включно (з п.6) 7 ____, у тому числі з уперше в житті встановленим діагнозом – всього 8 ____, у тому числі діти віком 0-17 років включно (з п.8) 9 __.

Таблиця 1002. Кількість пацієнтів з підтвердженим діагнозом сифіліс, у яких був визначений титр нетрепонемного тесту до призначення лікування 1 ____, кількість пацієнтів з підтвердженим діагнозом сифіліс, у яких виявлено ВІЛ 2 ____, кількість пацієнтів з підтвердженим діагнозом сифіліс, у яких виявлено інші інфекції, що передаються статевим шляхом 3 __.

Інформація про лікування

Таблиця 2000

Найменування хвороб	№ рядка	Код за НК 025:2021	Кількість пацієнтів, які завершили епізод лікування, розпочатий у попередньому звітному році	Кількість пацієнтів, які розпочали лікування у звітному році	Кількість пацієнтів, які завершили епізод лікування у звітному році		
					УСЬОГО	З них: завершили лікування з клінічно підтвердженою ефективністю	Кількість пацієнтів, результат лікування яких визначити неможливо
А	В	С	1	2	3	4	5
Сифіліс – усього	1	A50 – A53					
в тому числі: вроджений сифіліс	2	A50					
ранній сифіліс	3	A51					
з них: ранній латентний	4	A51.5					
пізній сифіліс	5	A52					
інші та неуточнені форми сифілісу	6	A53					
Кількість випадків сифілісу у вагітних, при яких ними було отримано повний курс профілактичного лікування	7	O98.1- частина					
Кількість випадків сифілісу у вагітних, при яких ними було отримано повний курс специфічного лікування	8	O98.1- частина					
Кількість випадків сифілісу у вагітних, при яких ними було отримано лікування дюрантним пеніциліном	9	O98.1- частина					
Гонококова інфекція	10	A54					
Хламідійна лімфогранульома (венерична)	11	A55					
Інші спричинені хламідіями хвороби, що передаються статевим шляхом	12	A56, A56.0, A56.1, A56.2					
Шанкроїд (м'який шанкер)	13	A57					
Паховинна гранульома (донованоз)	14	A58					
Урогенітальний трихомоніаз	15	A59.0					

Продовження таблиці 2000

Найменування хвороб	№ рядка	Код за НК 025:2021	Кількість пацієнтів, які завершили епізод лікування, розпочатий у попередньому звітному році	Кількість пацієнтів, які розпочали лікування у звітному році	Кількість пацієнтів, які завершили епізод лікування у звітному році		
					УСЬОГО	З них: завершили лікування з клінічно підтвердженою ефективністю	Припинили лікування самовільно
A	B	C	1	2	3	4	5
Аногенітальні герпесвірусні інфекції (герпес простий)	16	A60					
Аногенітальні (венеричні) бородавки	17	A63.0					
Інші уточнені та не уточнені хвороби, що передаються переважно статевим шляхом	18	A63.8, A64 - частина					
Фтиріоз, змішаний педикульоз і фтиріоз	19	B85.3, B85.4					

Таблиця 2001. Число обстежених контактних осіб на сифіліс 1___, гонорею 2___, інші ППСШ 3___, з них число осіб, яким проведено лікування, з діагнозом сифіліс 4___, гонорея 5___, інші ППСШ 6___.

Керівник / фізична особа - підприємець _____

(підпис)

(Власне ім'я, ПРИЗВИЩЕ)

Виконавець _____

(підпис)

(Власне ім'я, ПРИЗВИЩЕ)

телефон: _____ електронна пошта: _____

дата формування « ___ » _____ 20___ року

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

Тетяна СКАПА