

Звіт про кількість пацієнтів з туберкульозом за _____ 20__ року

Подають	Терміни подання	
<p>1. Заклади охорони здоров'я 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):</p> <ul style="list-style-type: none"> – ЗОЗ, в тому числі ті, що належать до сфери управління Міністерства охорони здоров'я України (далі – МОЗ), а також ФОП, – відповідному регіональному фтизіопульмонологічному медичному центру; – ЗОЗ, що належать до сфери управління інших, окрім МОЗ, центральних органів виконавчої влади (далі – ЦОВВ), звіт по ЗОЗ – регіональному фтизіопульмонологічному медичному центру та ЦОВВ, до сфери управління яких вони належать. 	До 5 числа місяця, наступного за звітним кварталом	<p>Форма звітності № 33-коротка (квартальна)</p> <p>ЗАТВЕРДЖЕНО</p> <p>Наказ Міністерства охорони здоров'я України № _____</p> <p>за погодженням з Держстатом</p>
<p>2. Регіональні фтизіопульмонологічні медичні центри - узагальнені звіти щодо ЗОЗ/ФОП та ЗОЗ, що належать до сфери управління інших ЦОВВ, окрім МОЗ, – МОЗ Автономної Республіки Крим, структурним підрозділам з питань охорони здоров'я обласних Київської та Севастопольської міських державних адміністрацій (уповноваженим установам з обробки медичних даних).</p>	До 15 числа місяця, наступного за звітним кварталом	
<p>3. Міністерство охорони здоров'я Автономної Республіки Крим, структурні підрозділи з питань охорони здоров'я обласних Київської та Севастопольської міських державних адміністрацій (уповноважені установи з обробки медичних даних) – узагальнені звіти щодо ЗОЗ/ФОП та ЗОЗ, що належать до сфери управління ЦОВВ, окрім МОЗ, – Державній установі «Центр громадського здоров'я Міністерства охорони здоров'я України» (далі – ДУ «Центр громадського здоров'я МОЗ України»).</p>	До 25 числа місяця, наступного за звітним кварталом	
<p>4. ДУ «Центр громадського здоров'я МОЗ України» - узагальнені звіти щодо ЗОЗ/ФОП та ЗОЗ, що належать до сфери управління ЦОВВ, окрім МОЗ, – МОЗ.</p>	До 15 лютого кожного року	
<p>5. МОЗ узагальнений звіт по Україні та в розрізі адміністративних територій – Державній службі статистики України.</p>	До 15 квітня кожного року	

Респондент:

Найменування/ прізвище, ім'я по батькові (за наявності): _____

Місцезнаходження/місце проживання: _____

(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

у тому числі РТБ легень (РЛТБ), підтверджений мікроскопією харкотиння з культури або без неї; ТБ легень, підтверджений лише на культурі; ТБ легень, підтверджений гістологічно; ТБ легень, підтверджений неуточненими способами; ТБ гортані, трахеї та бронхів, підтверджений бактеріологічно та гістологічно; ТБ легень, бактеріологічно та гістологічно не підтверджений; ТБ легень, без проведення на бактеріологічного та гістологічного дослідження; ЛТБ без посилення на бактеріологічне та гістологічне підтвердження; ТБ гортані, трахеї та бронхів, без посилення на бактеріологічне та гістологічне підтвердження; міліарний ТБ, гострий міліарний ТБ множинних локалізацій, інший міліарний ТБ	17	Ч	A15.0.1. 2.3.5, A16.0.1. 2.4, A19, A19.1, A19.8												
	18	Ж													
з них РТБ з бактеріовиділенням	19	Ч													
	20	Ж													

Продовження таблиці 1000

Нозологічні форми	№ рядка	Стать	Код до НК 025:2021	Усього осіб	Із них у віці:											
					до 1 року	1-4 роки	5-9 років	10-14 років	15-17 років	18-24 років	25-34 років	35-44 років	45-54 років	55-64 років	65 років і старші	
А	Б	В	Г	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10	11	12	

А	Б	В	Г	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10	11	12
з них ПЗРТБ з бактеріовиділенням	23	Ч													
	24	Ж													
ВІЛ-позитивні випадки РТБ/Хвороба, зумовлена ВІЛ, яка проявляється інфекційними та паразитарними хворобами (з рядків 15, 16)	25	Ч	B20												
	26	Ж													
Сільські мешканці (з рядків 15, 16)	27	Ч	A15-A19												
	28	Ж													
Випадки ТБ з невідомою історією попереднього лікування	29	Ч													
	30	Ж													
у тому числі ТБ легень	31	Ч													
	32	Ж													
Лікарсько-стійкі випадки ТБ (Ріф-ТБ, МЛС-ТБ, пре-ШЛС-ТБ, ШЛС-ТБ)	33	Ч													
	34	Ж													
у тому числі: пре-ШЛС-ТБ	35	Ч													
	36	Ж													
ШЛС-ТБ	37	Ч													
	38	Ж													
ТБ, стійкий до ізоніазиду (Нрез-ТБ)	39	Ч													
	40	Ж													
Лікарсько-стійкі випадки ТБ (Ризик МЛС-ТБ)	41	Ч													
	42	Ж													

Таблиця 2000

Охоплення молекулярно-генетичним обстеженням (МГ) та тестуванням на ВІЛ, підтвердження діагнозу ТБ серед зареєстрованих випадків ТБ (із таблиці 1000, рядків 1, 2, 15, 16, 29, 30 графі 1)

Найменування	№ рядка	Охоплення обстеженням		Підтвердження діагнозу ТБ (всіма методами)	У тому числі	
		мають результат обстеження МГ	мають результат обстеження на ВІЛ		бактеріологічно підтверджених випадків ТБ	гістологічним методом

					молекулярно-генетичним методом	тест сечі LF-LAM (з графі 4)	
А	Б	1	2	3	4	5	6
Нові випадки ТБ	1						
Рекурентні випадки ТБ	2						
Випадки ТБ з невідомою історією попереднього лікування	3						

Таблиця 3000

Кількість працівників ЗОЗ/ФОП, які захворіли на ТБ у звітному кварталі (році)

Найменування	№ рядка	Усього	У тому числі		
			лікарі	середній медичний персонал	молодший медичний персонал
А	Б	1	2	3	4
Кількість працівників ЗОЗ/ФОП, які захворіли на ТБ	1				
у тому числі:	2				
медичні працівники	3				
інші працівники	3		х	х	х
Із рядка 1 – кількість працівників регіональних фтизіопульмонологічних медичних центрів, які захворіли на ТБ	4				
у тому числі:	5				
медичні працівники	5				
інші працівники	6		х	х	х

Дата формування звіту _____

(підпис керівника суб'єкта, який подає звіт) _____

(Власне ім'я, ПРІЗВИЩЕ) _____

(підпис особи, яка сформувала звіт) _____

(Власне ім'я, ПРІЗВИЩЕ) _____

телефон: _____ факс: _____ електронна пошта: _____

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