

ЗАТВЕРДЖЕНО  
Наказ Міністерства охорони  
здоров'я України  
\_\_\_\_\_від\_\_\_\_\_

**Звіт про кількість випадків Риф-ТБ/МЛС-ТБ/пре-ШЛС-ТБ/ШЛС-ТБ, які зареєстровані та лікування яких розпочато препаратами II ряду за \_\_\_\_\_ квартал 20 \_\_\_\_ року ТБ 06-МЛС-ТБ**

Подають	Терміни подання	
<p>Заклади охорони здоров'я незалежно від їх організаційно-правової форми та підпорядкування 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> <p>ЗОЗ/ФОП, що належать до сфери управління МОЗ звіт по ЗОЗ/ФОП – регіональному фтизіопульмонологічному медичному центру;</p> <p>ЗОЗ, що належать до сфери управління інших ЦОВВ звіт по ЗОЗ – регіональному фтизіопульмонологічному медичному центру та своєму ЦОВВ.</p> <p>Регіональні фтизіопульмонологічні медичні центри та ЦОВВ узагальнені звіти – Державній установі «Центр громадського здоров'я Міністерства охорони здоров'я України» (далі - ДУ «Центр громадського здоров'я МОЗ України»).</p> <p>ДУ «Центр громадського здоров'я МОЗ України» узагальнені звіти - Міністерству охорони здоров'я України.</p>	<p>Не пізніше ніж 05 число місяця, наступного за звітним кварталом</p> <p>Не пізніше ніж 10 число місяця, наступного за звітним кварталом</p> <p>Не пізніше ніж 15 число місяця, наступного за звітним кварталом</p>	<p style="text-align: center;"><b>Форма звітності № 4-2</b></p> <p style="text-align: center;">(квартальна)</p> <p>ЗАТВЕРДЖЕНО Наказ Міністерства охорони здоров'я України _____ № ____</p> <p style="text-align: center;">За погодженням з Держстатом</p>

Респондент:  
Найменування \_\_\_\_\_

Місцезнаходження \_\_\_\_\_

(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

Адміністративно-територіальна одиниця, ЗОЗ/ФОП _____ Власне ім'я ПРИЗВИЩЕ координатора _____	Випадки, які були зареєстровані у _____ кварталі 20__ року
---	---

Таблиця 1000. Кількість виявлених та зареєстрованих випадків Риф-ТБ/МЛС-ТБ/пре-ШЛС-ТБ/ШЛС-ТБ у звітному періоді

	№ рядка	Вперше зареєстровані випадки Риф-ТБ/МЛС-ТБ/пре-ШЛС-ТБ/ШЛС-ТБ	Повторно зареєстровані випадки Риф-ТБ/МЛС-ТБ/пре-ШЛС-ТБ/ШЛС-ТБ
А	Б	1	2
Усього зареєстровано (рядок 1 = р.2+р.3+р.4+р.5+р.6)	1		
із них: віком < 15 років	2		
Жінки	3		
ВІЛ+	4		
Пре-ШЛС-ТБ	5		
ШЛС-ТБ	6		

Таблиця 2000. Кількість випадків Риф-ТБ/МЛС-ТБ/пре-ШЛС-ТБ/ШЛС-ТБ, лікування яких розпочато препаратами II ряду у звітному періоді

	№ рядка	Всього розпочали лікування (графа 1 = гр.2+гр.3)	Розпочали лікування у звітному кварталі		Причини, з яких лікування не було розпочато (з числа випадків, зареєстрованих у звітному кварталі)					
			з числа зареєстрованих у звітному кварталі	з числа зареєстрованих раніше	помер до початку лікування	відсутність препаратів II ряду	відмова від лікування та/або місцезнаходження пацієнта невідоме	не підлягає лікуванню за профілем резистентності	некурабельність захворювання	інше
А	В	1	2	3	4	5	6	7	8	9
Всього	1									
З них: < 15 років	2				X	X	X	X	X	X
Жінки	3				X	X	X	X	X	X
ВІЛ+	4				X	X	X	X	X	X
Пре-ШЛС-ТБ	5				X	X	X	X	X	X
ШЛС-ТБ	6				X	X	X	X	X	X
Короткострокові схеми (9-11 місяців)	7				X	X	X	X	X	X
ВРАL режим лікування	8				X	X	X	X	X	X
Схеми з новими препаратами (Bdq та/або Dlm)	9				X	X	X	X	X	X
Пероральні схеми лікування	10				X	X	X	X	X	X
Непідтверджені випадки	11				X	X	X	X	X	X

**Таблиця 3000. Своєчасність виявлення випадків Риф-ТБ/МЛС-ТБ у звітному кварталі**

Кількість випадків Риф-ТБ/МЛС-ТБ	Інтервал між підозрою Риф-ТБ/МЛС-ТБ у звітному кварталі та датою отримання результату ТМЧ					
	Мінімальний		Середній		Максимальний	
А	1		2		3	
	кількість випадків	дні	кількість випадків	дні	кількість випадків	дні
	1	2	3	4	5	6

**Таблиця 4000. Своєчасність початку лікування випадків Риф-ТБ/МЛС-ТБ/пре-ШЛС-ТБ/ШЛС-ТБ у звітному кварталі**

Кількість випадків Риф-ТБ/МЛС-ТБ/пре-ШЛС-ТБ/ШЛС-ТБ, які розпочали лікування	Інтервал між отриманим результатом ТМЧ та початком лікування					
	Мінімальний		Середній		Максимальний	
А	1		2		3	
	кількість випадків	дні	кількість випадків	дні	кількість випадків	дні
	1	2	3	4	5	6

Дата формування

(підпис особи, яка сформувала звітність)

(Власне ім'я ПРІЗВИЩЕ)

Дата підписання

(підпис керівника закладу охорони здоров'я/ФОП)

(Власне ім'я ПРІЗВИЩЕ)

телефон: \_\_\_\_\_ факс: \_\_\_\_\_ електронна пошта: \_\_\_\_\_

**Директор**  
**Департаменту громадського здоров'я**



**Олексій ДАНИЛЕНКО**