

ЗАТВЕРДЖЕНО  
Наказ Міністерства охорони  
здоров'я України  
№

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, в якому заповнюється форма  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	<b>МЕДИЧНА ДОКУМЕНТАЦІЯ</b> Форма первинної облікової документації № 200-1/о  ЗАТВЕРДЖЕНО Наказ МОЗ України №
--	---

Направлення на молекулярно-генетичне дослідження ТБ 03

1.1. Реєстраційний номер випадку		1.2. Номер в ІС	
1.3. ПІБ лікаря, телефон		1.4. Дата направлення	__/__/__
1.5. Код лабораторії			
1.6. Прізвище, ім'я, по батькові пацієнта (за наявності)			
1.7. Дата народження	__/__/__	1.8. Вік	__
1.10. Адреса проживання		1.9. Стать:	<input type="checkbox"/> Ч <input type="checkbox"/> Ж
1.11. Біоматеріал	<input type="checkbox"/> мокротиння <input type="checkbox"/> інший	1.12. Дата забору матеріалу	

1.13. Мета дослідження:	1.13.1. Діагностика ТБ:	1.13.2. Контроль АМБТ:
	<input type="checkbox"/> підозра ТБ	<input type="checkbox"/> ЛПВТБ
	<input type="checkbox"/> ВДТБ	<input type="checkbox"/> ІТБ
	<input type="checkbox"/> РТБ	<input type="checkbox"/> НІПЛТБ
	<input type="checkbox"/> НЛТБ	<input type="checkbox"/> на ____ місяці лікування ____ дози

ПІБ особи, відповідальної за забір біоматеріалу, телефон  
Лінія Відрізу

2. Результат дослідження на XpertMTB/Rif/Ultra (заповнюється в лабораторії)

2.1. Направлено з	(найменування закладу охорони здоров'я/ФОП, що направив біоматеріал)	2.3. Номер з ІС	
2.2. Реєстраційний номер випадку		2.4. Прізвище, ім'я, по батькові пацієнта (за наявності)	
2.5. Адреса проживання		2.6. Дата доставки біоматеріалу	__/__/__
2.7. Біоматеріал:	<input type="checkbox"/> мокротиння <input type="checkbox"/> інше	2.8. Код лабораторії	

2.9. Лаб. №	2.10. Результат								
	МБТ(+) / Rif(-)	МБТ(+) / Rif(+)	МБТ(+) / Rif(0)	МБТ(-)	МБТ(+) / Rif (не визначено)	Результат відсутній	invalid (Недійсний)	Помилка	Сліди (MTB Trace)

Дата дослідження \_\_/\_\_/\_\_ Дата видачі результату \_\_/\_\_/\_\_  
ПІБ відповідальної особи, підпис

Директор  
Департаменту громадського здоров'я

 Олексій ДАНИЛЕНКО