

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 _____		МЕДИЧНА ДОКУМЕНТАЦІЯ Форма первинної облікової документації № 252-1/о ЗАТВЕРДЖЕНО Наказ Міністерства охорони здоров'я України _____ 20__ р. № _____
--	--	--

ЛАБОРАТОРНИЙ РЕЄСТРАЦІЙНИЙ ЖУРНАЛ
ТБ 04

Розпочато « ____ » _____ 20__ року

Закінчено « ____ » _____ 20__ року

Код лабораторії: _____

Коди адміністративно-територіальних одиниць, на території яких розташовані ЗОЗ/ФОП, інших міністерств, в ЗОЗ яких виявлено випадок ТБ	
1	Автономна Республіка Крим
2	Вінницька область
3	Волинська область
4	Дніпропетровська область
5	Донецька область
6	Житомирська область
7	Закарпатська область
8	Запорізька область
9	Івано-Франківська область
10	Київська область
11	Кіровоградська область
12	Луганська область
13	Львівська область
14	Миколаївська область
15	Одеська область
16	Полтавська область
17	Рівненська область
18	Сумська область
19	Тернопільська область
20	Харківська область
21	Херсонська область
22	Хмельницька область
23	Черкаська область
24	Чернівецька область
25	Чернігівська область
26	місто Київ
27	місто Севастополь
28	Заклади охорони здоров'я Державної кримінально – виконавчої служби України
29	Військово – медичні підрозділи Міністерства оборони України
30	рішенням Міністерства охорони здоров'я України може застосовуватись для випадків, не вказаних у цій таблиці
* Код інших міністерств має пріоритет над кодом адміністративно-територіальної одиниці та вводяться з метою унеможливлення дублювання випадків ТБ та чіткого розподілу захворюваності ТБ з ЗОЗ/ФОП Міністерства охорони здоров'я та ЗОЗ інших відомств.	

Лабораторний порядковий номер зразка	зразок №	Дата забору біоматеріалу	Дата доставки біоматеріалу	Прізвище, ім'я, по батькові пацієнта (за наявності)	Стать	Вік	Місце проживання	Заклад охорони здоров'я та відділення цього ЗОЗ/ФОЛ	Біологічний матеріал		Результати досліджень										Примітки		
						Дата народження		ПІБ лікаря, що направив біоматеріал, телефон	микротинія	інше (вказати)	Xpert MBT/Rif/Ultra												
											Результат											Дата дослідження	ПІБ особи, яка проводила дослідження
											MBT(+) / Rif(-)	MBT(+) / Rif(+)	MBT(+) / Rif(0)	MBT(-)	MBT(+) / Rif(невизначено)	Результат відсутній	Invalid (недійсний)	Помилка	Следи (MTB trace)	Дата видачі результату		Підпис	
1	2	3	4	5	6	7	8	9	10	11	12	13	14	15	16	17	18	19	20	21	22	23	
	1	__/__/__	__/__/__																		__/__/__		
	2	__/__/__	__/__/__																		__/__/__		
	1	__/__/__	__/__/__																		__/__/__		
	2	__/__/__	__/__/__																		__/__/__		
	1	__/__/__	__/__/__																		__/__/__		
	2	__/__/__	__/__/__																		__/__/__		
	1	__/__/__	__/__/__																		__/__/__		
	2	__/__/__	__/__/__																		__/__/__		
	1	__/__/__	__/__/__																		__/__/__		
	2	__/__/__	__/__/__																		__/__/__		
	1	__/__/__	__/__/__																		__/__/__		
	2	__/__/__	__/__/__																		__/__/__		
	1	__/__/__	__/__/__																		__/__/__		
	2	__/__/__	__/__/__																		__/__/__		
	1	__/__/__	__/__/__																		__/__/__		
	2	__/__/__	__/__/__																		__/__/__		

Директор Департаменту громадського здоров'я



Олексій ДАНИЛЕНКО