

ЗАТВЕРДЖЕНОНаказ Міністерства охорони здоров'я України
29 травня 2013 року № 435

Найменування міністерства, іншого органу виконавчої влади, підприємства, установи, організації, до сфери управління якого належить заклад охорони здоров'я _____ Найменування та місцезнаходження (повна поштова адреса) закладу охорони здоров'я, де заповнюється форма _____ Код за ЄДРПОУ _____	МЕДИЧНА ДОКУМЕНТАЦІЯ Форма первинної облікової документації № 030-4/о ЗАТВЕРДЖЕНО Наказ МОЗ України № _____
---	--

КОНТРОЛЬНА КАРТА диспансерного нагляду за хворим на туберкульоз та особою із груп ризику

Номер документа, що засвідчує особу (паспорт/свідоцтво про народження) _____
 Номер контрольної карти _____

Облікова форма № 058/о направлена до територіального органу санітарно-епідеміологічної служби _____
(число, місяць, рік)

1. Тип контингенту

активний туберкульоз – 1, неактивний туберкульоз – 2, віраж туберкулінових проб – 3, гіперергічна реакція на туберкулін – 4, наростаюча туберкулінова проба – 5, побічна реакція на БЦЖ – 6, не вакцинований новонароджений – 7

2. Контакт із хворим на туберкульоз

сімейний – 1, у тому числі із хворим на мультирезистентний туберкульоз – 2, виробничий – 3, у тому числі із хворим на мультирезистентний туберкульоз – 4

3. Дані про хворого на туберкульоз

3.1 прізвище, ім'я, по батькові хворого _____

3.2 стать: чоловіча – 1, жіноча – 2 3.3 дата народження _____
(число, місяць, рік)

3.4 місце проживання (реєстрації), без постійного місця проживання (БПМП) _____

3.5 код району _____ 3.6 місто – 1, село – 2

3.7 місце роботи (навчання) _____

3.8 професія (спеціальність) _____

4. Група ризику

4.1. соціальний статус: БПМП, безробітний, емігрант, біженець, ув'язнений, тимчасово прибулий, прибулий: з місць ув'язнення, з приймальника-розподільвача та інше (вписати, підкреслити) _____

4.2 за медичними показниками: В-20, F-10.2, F-11.2, цукровий діабет, із туберкульозного контакту та інші (вписати, підкреслити) _____

5. Категорії населення

медичний працівник первинної медико-санітарної допомоги чи протитуберкульозного закладу, інвалід війни, учень, студент, потерпілий від аварії на ЧАЕС (ліквідатор, евакуйований, особа, що проживає на території радіологічного контролю; дитина, яка народилася від батьків, що віднесені до 1, 2, 3 категорії осіб, які постраждали внаслідок Чорнобильської катастрофи; дитина, яка не відвідує дошкільний заклад (підкреслити)

6. Дата взяття на диспансерний облік _____
(число, місяць, рік)

7. Обставини виявлення туберкульозу: при профілактичному огляді – 1, при зверненні зі скаргами, які підозрілі на туберкульоз – 2, інше – 3 (вписати) _____

8. Діагноз підтверджено: бактеріологічно – 1 ; бактеріоскопічно – 2 ; гістологічно – 3

9. Відомості про диспансеризацію

Диспансерні категорії 1,2,3,4,5 (4 і 5 категорії – за групами)	Дата взяття на облік (число, місяць, рік)	Діагноз	Знятий з обліку або переведений до іншої категорії		
			дата (число, місяць, рік)	переведення до іншої категорії*	причина**
1	2	3	4	5	6

*Переведення до категорій 1, 2, 3, 4 чи 5 (вказати групу 4 або 5 категорії).

**1 – помер від ТБ, 2 – помер з інших причин, 3 – діагноз туберкульозу не підтвердився, 4 – переведений до інших закладів, 5 – відрив від диспансеризації («неактивні форми» – 12 місяців, «активні форми» – 6 місяців), 6 – знятий з диспансерного обліку.

10. Хіміопрофілактика: так – 1, ні – 2

Дата хіміопрофілактики:

(число, місяць, рік)									
(число, місяць, рік)									
(число, місяць, рік)									

(число, місяць, рік)									
(число, місяць, рік)									
(число, місяць, рік)									

Кількість місяців хіміопрофілактики _____

11. Оздоровлення: санаторна група – 1, санаторний дитячий садок – 2, санаторна школа-інтернат – 3, протитуберкульозний санаторно-курортний заклад – 4, протитуберкульозна лікарня – 5

12. Хірургічне лікування: так – 1, ні – 2 Дата хірургічного втручання

(число, місяць, рік)									

Операція з приводу: туберкульозу легень – 1, туберкульозного плевриту – 2, кістково-суглобового ТБ – 3, сечостатевого ТБ – 4, ТБ периферичних лімфовузлів – 5, ТБ інших органів і систем – 6 (вписати) _____

13. Результат обстеження (заповнюється на кожну групу диспансерного обліку)

Рентгенографія/флюорографія		Дослідження на наявність мікобактерій				Резистентність***	
дата	результат*	дата	метод**	результати		первинна	вторинна
				мікроскопії	посіву		
1	2	3	4	5	6	7	8

*1 – норма, 2 – патологія для активного туберкульозного процесу, 3 – залишкові зміни.

**1 – мікроскопія, 2 – посів, 3 – флотація, 4 – люмінесценція, 5 – зараження тварин.

***Н – ізоніазид, R – рифампіцин, S – стрептоміцин, E – етамбутол, Z – піразинамід, інші препарати другого ряду (вказати які).

Туберкулінові проби		Вакцинація і ревакцинація БЦЖ		
дата	результат****	дата	розмір післявакцинного рубчика	ускладнення
9	10	11	12	13

****Вказати результат туберкулінової проби в міліметрах (гіперемія чи папула).

14. Епідеміологічна група вогнища (заповнюється на активних хворих із бактеріовиділенням)

Група вогнища (1, 2, 3)	Взятий на облік (дата)	Знятий з обліку (дата)	Причина зняття з обліку та переведення з групи в групу*
1	2	3	4

*1 – переведення до 1 групи, 2 – переведення до 2 групи, 3 – переведення до 3 групи, 4 – переведення з 3 до 2 або до 1 групи, 5 – знятий із епідеміологічного контролю.