

ЗВІТ

про остаточні результати лікування підтверджених випадків МР ТБ та інших випадків ХР ТБ,
за якими розпочато лікування 20 (24) місяців тому,
та підтверджених випадків РР ТБ, за якими розпочато лікування 32 (36) місяців тому (ТБ 08-МР ТБ),
за _____ квартал 20 __ року

Подають	Терміни подання
Районні протитуберкульозні диспансери, які ведуть територіальний реєстр хворих на туберкульоз у закладах охорони здоров'я, - до Республіканського Автономної Республіки Крим, обласних, Київського та Севастопольського міських протитуберкульозних диспансерів.	10 січня 10 квітня 10 липня 10 жовтня
Республіканський Автономної Республіки Крим, обласні, Київський та Севастопольський міські протитуберкульозні диспансери - зведений звіт до Міністерства охорони здоров'я Автономної Республіки Крим, структурних підрозділів охорони здоров'я обласних, міських Київської та Севастопольської державних адміністрацій.	20 січня 20 квітня 20 липня 20 жовтня
Міністерство охорони здоров'я Автономної Республіки Крим, структурні підрозділи охорони здоров'я обласних, Київської та Севастопольської міських державних адміністрацій - зведений звіт до державного закладу «Центр медичної статистики МОЗ України» та державної установи «Український центр контролю за соціально небезпечними хворобами МОЗ України»	30 січня 30 квітня 30 липня 30 жовтня

Форма звітності № 8-6
(квартальна)
ЗАТВЕРДЖЕНО
Наказ Міністерства охорони
здоров'я України
07 березня 2013 року № 188

Респондент: Найменування:	
Місцезнаходження: _____ (поштовий індекс, область/Автономна Республіка Крим, район, населений пункт, вулиця, _____ № будинку/корпусу)	
Область/район _____ Код району _____	Випадки, які були зареєстровані
Прізвище та ініціали районного координатора _____	у _____ кварталі 20__ року

Таблиця 1000. Результати лікування підтверджених випадків МР ТБ* та інших випадків ХР ТБ, за якими розпочато лікування 20 (24) місяців тому, та підтверджених випадків РР ТБ***, за якими розпочато лікування 32 (36) місяців тому (необхідне підкреслити)******

Тип випадку	№ рядка	Виліковано	Лікування завершено	Померло			Невдале лікування (М+ та/або К+)	Перервано лікування	Переведений	Загальна кількість випадків, за якими розпочато лікування
				від ТБ	від В20	інша причина				
А	Б	1	2	3	4	5	6	7	8	9
Усього випадків	1									
З них туберкульоз легень, у тому числі:	2									
Нові випадки	3									
Невдача лікування за 1-ю категорією	4									
Рецидиви	5									
Інші повторні випадки лікування, з них з тривалістю попереднього туберкульозного анамнезу:	6									
до 12 місяців	7									
12-24 місяці	8									
понад 24 місяці	9									
З числа випадків, включених у рядки 4-6, які раніше отримували тільки ПТП 1-го ряду	10									
З числа випадків, включених у рядки 4-6, які раніше отримували ПТП 1-го та 2-го рядів	11									
З числа випадків, включених у рядок 1, які мають ко-інфекцію ТБ/ВІЛ	12									
з них отримували АРТ	13									
з них отримували ко-тримоксазол	14									

*МР ТБ – мультирезистентний туберкульоз.

**ХР ТБ – хіміорезистентний туберкульоз (Рез R(+) або HEZ(±S)).

***РР ТБ– туберкульоз з розширеною резистентністю.

****Таблиця заповнюється окремо для випадків МР ТБ, РР ТБ та ХР ТБ (відповідно до здійсненого підкреслення у назві таблиці).

Дата _____ 20 _____
(цифровим способом)

М.П.

Керівник закладу охорони здоров'я _____
(підпис)

_____ (прізвище, ім'я, по батькові)

Виконавець _____
(прізвище, номер телефону виконавця)