Найменування міністерства, іншого центрального органу виконавчої влади, організації, у сфері управління якого (якої) перебуває заклад

_____

Найменування та місцезнаходження закладу, відповідальні особи якого заповнили цю форму

_____

Код за ЄДРПОУ_____

Рік _____

Когорта _____

Диспансерна категорія _____

МЕДИЧНА ДОКУМЕНТАЦІЯ
Форма первинної облікової документації
№ 081-3/о

ЗАТВЕРДЖЕНО
Наказ Міністерства охорони здоров'я України
07 березня 2013 року № 188

ФАКТОРИ ВПЛИВУ
на перебіг захворювання та результат лікування ТБ 01-1 МР ТБ (4-а категорія)

Реєстраційний номер хворого

/____/____/	/____/____/	/____/____/____/____/	/____/____/____/____/____/
Код адміністративно-територіальної одиниці	Код району	Рік	Порядковий номер хворого

1. □ ВІЛ:
1.1. □ДКТ (дата) _____/_____/_____
1.2. □АРТ (дата) _____/_____/_____
1.3.□ Лікування ко-тримоксазолом (дата)____/____/___
2.□ Зловживання алкоголем
3.□ Споживач ін'єкційних наркотиків
4.□Контакт із вогнища ТБ

Дата заповнення _____/_____/_____

5. □ Супутнє захворювання _____
_____
6.□ Бездомний
7.□ Безробітний
8. □ Медпрацівник:
8.1. □ ТБ
8.2. □ ЗЛМ
9.□ Мігрант
10.□ Біженець/іммігрант
11. □ Колишній ув'язнений або ув'язнений до СІЗО / в'язниці (за останні 2 роки)
12. □ Інший, вкажіть _____