

## ЗВІТ

про попередню оцінку результатів лікування підтверджених випадків МР ТБ в кінці інтенсивної фази лікування, зареєстрованих 9 (12) місяців тому, та підтверджених випадків РР ТБ, зареєстрованих 12 (15) місяців тому, за \_\_\_\_\_ квартал 20 \_\_\_\_ року (ТБ 10-МР ТБ)

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 № 8-4**  
(квартальна)

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

<b>Респондент:</b> <b>Найменування:</b>	
<b>Місцезнаходження:</b> _____ _____ (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. Попередня оцінка результатів лікування підтверджених випадків МР ТБ\* в кінці інтенсивної фази лікування, зареєстрованих 9 (12) місяців тому, та підтверджених випадків РР ТБ\*\*, зареєстрованих 12 (15) місяців тому**

Тип випадку	№ рядка	Кількість підтверджених випадків з розпочатим лікуванням	Результати мікроскопічного та культурального дослідження після 8-ми/12-ти місяців лікування			Випадки припинення лікування			
			негативний результат (мазка і посіву)	позитивний результат (мазка і/або посіву)	результат невідомий	помер		лікування перерване	переведений
						ТБ	інші причини		
А	Б	1	2	3	4	5	6	7	8
МР ТБ	1								
З них ТБ легень, у тому числі:	2								
Нові випадки	3								
Невдача лікування за 1-ю категорією	4								
Рецидиви	5								
Інші повторні випадки, з них з тривалістю попереднього туберкульозного анамнезу:	6								
до 12 місяців	7								
12-24 місяці	8								
понад 24 місяці	9								
РР ТБ	10								

\*МР ТБ – мультирезистентний туберкульоз.

\*\*РР ТБ– туберкульоз з розширеною резистентністю.

Дата \_\_\_\_\_ 20\_\_\_\_\_  
(цифровим способом)

М.П.

3

Продовження форми звітності № 8-4  
Керівник закладу охорони здоров'я \_\_\_\_\_  
(підпис) (прізвище, ім'я, по батькові)

Виконавець \_\_\_\_\_  
(прізвище, номер телефону виконавця)