

ЗАТВЕРДЖЕНО
Наказ Міністерства охорони
здоров'я України
05 березня 2013 року № 180

Найменування міністерства, іншого центрального органу виконавчої влади, підприємства, установи, організації, у сфері управління яких перебуває заклад охорони здоров'я	МЕДИЧНА ДОКУМЕНТАЦІЯ
Місцезнаходження (повна поштова адреса) закладу охорони здоров'я, в якому заповнюється форма	Форма первинної облікової документації № 502-2/о
Код за ЄДРПОУ	ЗАТВЕРДЖЕНО Наказ МОЗ України № _____

ПОВІДОМЛЕННЯ
про зміни в Реєстраційній карті ВІЛ-інфікованої особи № _____
« _____ » _____ 20____ року
(дата заповнення)

1. Прізвище, ім'я, по батькові _____

та індивідуальний номер _____

2. Дата народження _____
(число, місяць, рік)
кількість повних років _____
(цифрами)

3. Стать: чоловіча жіноча

4. Зміни та уточнення даних форми № 502-1/о «Реєстраційна карта ВІЛ-інфікованої особи № _____»:

5. Дата зняття з обліку у закладі охорони здоров'я, що здійснює медичний нагляд за ВІЛ-інфікованими особами _____
(число, місяць, рік)

6. Причина зняття з обліку:

зміна місця проживання виїзд в інший регіон України виїзд в іншу країну невідомо

перебування у місцях позбавлення волі лабораторна помилка, контамінація

смерть дата смерті _____
(число, місяць, рік)

інші причини зняття з обліку _____
(вписати)

7. У випадку смерті ВІЛ-інфікованої особи зазначити:

7.1. Основне захворювання (причина), що спричинило смерть _____
(зазначити шифр за МКХ-10)

Заключний клінічний діагноз (основне захворювання, ускладнення, супутні захворювання):

Патолого-анатомічний діагноз (основне захворювання, ускладнення, супутні захворювання):

7.2. Причина смерті ВІЛ-інфікованої особи (для здійснення епідеміологічного нагляду)

а) безпосередньо пов'язана з ВІЛ-інфекцією у т.ч. внаслідок ко-інфекції ТБ/ВІЛ

б) не пов'язана з ВІЛ-інфекцією , у т.ч. внаслідок:

тубер- кульозу	вірусного гепатиту В і/або С, цирозу печінки вірусної етіології	іншого захворювання	інших причин
-------------------	---	------------------------	-----------------

(вписати)

в) причина смерті невідома

7.3. Клінічна стадія ВІЛ-інфекції на момент смерті

I стадія ВІЛ-інфекції	II стадія ВІЛ-інфекції	III стадія ВІЛ-інфекції	IV стадія ВІЛ-інфекції (СНІД)
--------------------------	---------------------------	----------------------------	----------------------------------

7.4. Отримання АРТ на момент смерті

ВІЛ-інфікована особа отримувала АРТ	менш ніж 12 місяців 12 місяців і більше	ВІЛ-інфікована особа потребувала, але не отримувала АРТ	ВІЛ-інфікована особа не потребувала АРТ
--	--	---	--

7.5. Стадія ВІЛ-інфекції на момент призначення АРТ для здійснення епідеміологічного нагляду (при проведенні дослідження щодо визначення кількості CD4-лімфоцитів)

дослідження не проводилося

гостра стадія	стадія 1 (≥ 500 кл/мкл CD4)	стадія 2 (350-499 кл/мкл CD4)	стадія 3 (200-349 кл/мкл CD4)	стадія 4, СНІД (< 200 кл/мкл або відносна кількість $< 15\%$ CD4)
------------------	---	-------------------------------------	-------------------------------------	---

8. Додаткова інформація щодо ВІЛ-інфікованої особи:

Форма № 502-2/о направлена до _____
(найменування центру СНІДу)

Дата направлення форми № 502-2/о до центру СНІДу _____
(число, місяць, рік)

Прізвище, ім'я, по батькові та номер контактної телефону лікаря, який заповнив форму № 502-2/о

(П.І.Б., контактний номер телефону)

(підпис)