ЗАТВЕРДЖЕНО
Наказ Міністерства охорони здоров’я України
21 квітня 2025 року № 680

Звітність

## Звіт про кількість пацієнтів з туберкульозомза \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ 20\_\_ року

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
| Подають: | Терміни подання | **Форма****№ 33-коротка**(квартальна)ЗАТВЕРДЖЕНОНаказ Міністерства охорони здоров’я України21 квітня 2025 року № 680за погодженням з Держстатом |
| Заклади охорони здоров’я та фізичні особи — підприємці, які зареєстровані в установленому законом порядку та одержали ліцензію на провадження господарської діяльності з медичної практики, що забезпечують медичне обслуговування населення відповідної території (далі ЗОЗ/ФОП):- ЗОЗ, в тому числі ті, що належать до сфери управління Міністерства охорони здоров’я України (далі — МОЗ), а також ФОП, — відповідному регіональному фтизіопульмонологічному медичному центру;- ЗОЗ, що належать до сфери управління інших, окрім МОЗ, центральних органів виконавчої влади (далі — ЦОВВ), звіт по ЗОЗ — регіональному фтизіопульмонологічному медичному центру та ЦОВВ, до сфери управління яких вони належать. | Не пізніше ніж 05 числа місяця, наступного за звітним кварталом |
| Регіональні фтизіопульмонологічні медичні центри — узагальнені звіти щодо ЗОЗ/ФОП та ЗОЗ, що належать до сфери управління інших ЦОВВ, окрім МОЗ, — МОЗ Автономної Республіки Крим, структурним підрозділам з питань охорони здоров’я обласних Київської та Севастопольської міських державних адміністрацій (уповноваженим установам з обробки медичних даних). | Не пізніше ніж 15 числа місяця, наступного за звітним кварталом |
| Міністерство охорони здоров’я Автономної Республіки Крим, структурні підрозділи з питань охорони здоров’я обласних Київської та Севастопольської міських державних адміністрацій (уповноважені установи з обробки медичних даних) — узагальнені звіти щодо ЗОЗ/ФОП та ЗОЗ, що належать до сфери управління ЦОВВ, окрім МОЗ, — Державній установі «Центр громадського здоров’я Міністерства охорони здоров’я України» (далі — ДУ «Центр громадського здоров’я МОЗ України»). | Не пізніше ніж 25 числа місяця, наступного за звітним кварталом |
| ДУ «Центр громадського здоров’я МОЗ України» — узагальнені звіти щодо ЗОЗ/ФОП та ЗОЗ, що належать до сфери управління ЦОВВ, окрім МОЗ, — МОЗ. | Не пізніше ніж 15 лютого року, наступного за звітним |

|  |
| --- |
| **Респондент:**Найменування / прізвище, ім’я по батькові (за наявності): \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ |
| Місцезнаходження / адреса задекларованого/зареєстрованого місця проживання(перебування): \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_(вулиця (провулок, площа тощо), № будинку/корпусу, № квартири офісу, населений пункт, район, область / АвтономнаРеспубліка Крим, поштовий індекс) |
| Зазначається ідентифікаційний код згідно з ЄДРПОУ платника податку або реєстраційний (обліковий) номер платника податків, який присвоюється контролюючими органами, або реєстраційний номер облікової картки платника податків — фізичної особи. Серію (за наявності) та номер паспорта зазначають фізичні особи, які через свої релігійні переконання відмовляються від прийняття реєстраційного номера облікової картки платника податків та офіційно повідомили про це відповідний контролюючий орган і мають відмітку у паспорті |

Кількість осіб з туберкульозом (ТБ), які перебувають під медичним наглядом в ЗОЗ/ФОП

Таблиця 1000

|  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| Нозологічні форми | № рядка | Стать | Код за НК 025:2021 | Усього осіб (графа 1 = сумі граф 2—12) | Із них у віці: |
| до 1 року | 2—4 роки | 5—9 років | 10—14 років | 15—17 років | 18—24 років | 25—34 років | 35—44 років | 45—54 років | 55—64 років | 65 років і старші |
| А | Б | В | Г | 1 | 2 | 3 | 4 | 5 | 6 | 7 | 8 | 9 | 10 | 11 | 12 |
| Нові випадки туберкульозу (ТБ) (рядок 1 = рядок 3 + рядок 7, рядок 2 = рядок 4 + рядок 8) | 1 | Ч | А15 — А19 |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| 2 | Ж |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| у тому числі: ТБ легень (ЛТБ), підтверджений мікроскопією харкотиння з культури або без неї; ЛТБ, підтверджений лише на культурі; ЛТБ, підтверджений гістологічно; ЛТБ, підтверджений неуточненими способами; ТБ гортані, трахеї та бронхів, підтверджений бактеріологічно та гістологічно; ЛТБ, бактеріологічно та гістологічно не підтверджений; ЛТБ без проведення бактеріологічного та гістологічного дослідження; ЛТБ без посилання на бактеріологічне та гістологічне підтвердження; ТБ гортані, трахеї та бронхів, без посилання на бактеріологічне та гістологічне підтвердження; міліарний ТБ, гострий міліарний ТБ множинних локалізацій; інший міліарний ТБ | 3 | Ч | А15.0.1.2.3.5, А16.0.1.2.4, А19, А19.1, А19.2 |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| 4 | Ж |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| з них ЛТБ з бактеріовиділенням | 5 | Ч |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| 6 | Ж |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| позалегеневий ТБ (ПЗТБ): ТБ внутрішньогрудних лімфатичних вузлів, підтверджений бактеріологічно та гістологічно; туберкульозний плеврит, підтверджений бактеріологічно та гістологічно; первинний ТБ органів дихання, підтверджений бактеріологічно та гістологічно; інший ТБ органів дихання, підтверджений бактеріологічно та гістологічно; ТБ органів дихання, неуточнений, підтверджений бактеріологічно та гістологічно; ТБ внутрішньогрудних лімфатичних вузлів, без посилання на бактеріологічне та гістологічне підтвердження; туберкульозний плеврит, без посилання на бактеріологічне та гістологічне підтвердження; первинний ТБ органів дихання, без посилання на бактеріологічне та гістологічне підтвердження; ТБ інших органів дихання, без посилання на бактеріологічне та гістологічне підтвердження; ТБ органів дихання, неуточнений, без посилання на бактеріологічне та гістологічне підтвердження; ТБ нервової системи; ТБ інших органів; міліарний ТБ; гострий міліарний ТБ однієї уточненої локалізації | 7 | Ч | А15.4.6.7,8.9, А16.3.5.7.8.9, А17, А18, А19, А19.0 |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| 8 | Ж |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| з них ПЗТБ з бактеріовиділенням | 9 | Ч |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| 10 | Ж |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| Із рядків 1, 2 -ВІЛ-позитивні випадки ТБ/Хвороба, зумовлена ВІЛ, яка проявляється інфекційними та паразитарними хворобами | 11 | Ч | В20 |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| 12 | Ж |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| Із рядків 1, 2 -сільські мешканці | 13 | Ч | А15 — А19 |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| 14 | Ж |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| Рекурентні випадки ТБ (РТБ)(рядок 15 = рядок 17 + рядок 21, рядок 16 = рядок 18 + рядок 22) | 15 | Ч | А15 — А19 |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| 16 | Ж |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| у тому числі РТБ легень (РЛТБ), підтверджений мікроскопією харкотиння з культури або без неї; ТБ легень, підтверджений лише на культурі; ТБ легень, підтверджений гістологічно; ТБ легень, підтверджений неуточненими способами; ТБ гортані, трахеї та бронхів, підтверджений бактеріологічно та гістологічно; ТБ легень, бактеріологічно та гістологічно не підтверджений; ТБ легень, без проведення на бактеріологічного та гістологічного дослідження; ЛТБ без посилання на бактеріологічне та гістологічне підтвердження; ТБ гортані, трахеї та бронхів, без посилання на бактеріологічне та гістологічне підтвердження; міліарний ТБ, гострий міліарний ТБ множинних локалізацій, інший міліарний ТБ | 17 | Ч | А15.0.1.2.3.5, А16.0.1.2.4, А19, А19.1, А19.8 |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| 18 | Ж |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| з них РТБ з бактеріовиділенням | 19 | Ч |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| 20 | Ж |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| позалегеневий РТБ (ПЗРТБ): ТБ внутрішньогрудних лімфатичних вузлів, підтверджений бактеріологічно та гістологічно; туберкульозний плеврит, підтверджений бактеріологічно та гістологічно; первинний ТБ органів дихання, підтверджений бактеріологічно та гістологічно; інший ТБ органів дихання, підтверджений бактеріологічно та гістологічно; ТБ органів дихання, неуточнений, підтверджений бактеріологічно та гістологічно; ТБ внутрішньогрудних лімфатичних вузлів, без посилання на бактеріологічне та гістологічне підтвердження; туберкульозний плеврит, без посилання на бактеріологічне та гістологічне підтвердження; первинний ТБ органів дихання, без посилання на бактеріологічне та гістологічне підтвердження; ТБ інших органів дихання, без посилання на бактеріологічне та гістологічне підтвердження; ТБ органів дихання, неуточнений, без посилання на бактеріологічне та гістологічне підтвердження; ТБ нервової системи; ТБ інших органів; міліарний ТБ; гострий міліарний ТБ однієї уточненої локалізації | 21 | Ч | А15.4.6.7.8.9, А16.3.5.7.8.9, А17, А18, А19, А19.0 |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| 22 | Ж |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| з них ПЗРТБ з бактеріовиділенням | 23 | Ч |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| 24 | Ж |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| Із рядків 15, 16 -ВІЛ-позитивні випадки РТБ/Хвороба, зумовлена ВІЛ, яка проявляється інфекційними та паразитарними хворобами | 25 | Ч | В20 |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| 26 | Ж |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| Із рядків 15, 16 -сільські мешканці | 27 | Ч | А15 — А19 |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| 28 | Ж |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| Із рядків 1, 2 -випадки ТБ з невідомою історією попереднього лікування | 29 | Ч |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| 30 | Ж |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| у тому числі ТБ легень | 31 | Ч |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| 32 | Ж |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| Лікарсько-стійкі випадки ТБ (Ріф-ТБ, МЛС-ТБ, пре-ШЛС-ТБ, ШЛС-ТБ) | 33 | Ч |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| 34 | Ж |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| у тому числі:пре-ШЛС-ТБ | 35 | Ч |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| 36 | Ж |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| ШЛС-ТБ | 37 | Ч |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| 38 | Ж |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| ТБ, стійкий до ізоніазиду (Нрез-ТБ) | 39 | Ч |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| 40 | Ж |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| Лікарсько-стійкі випадки ТБ (Ризик МЛС-ТБ) | 41 | Ч |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| 42 | Ж |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| Таблиця 2000 | Кількість випадків ТБ, охоплених молекулярно-генетичним обстеженням (МГ) та тестуванням на ВІЛ, підтвердження діагнозу ТБ серед зареєстрованих випадків ТБ(із рядків 1, 2, 15, 16, 29, 30 графи 1 таблиці 1000)(одиниць) |

|  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- |
| Найменування | № рядка | Охоплення обстеженням | Підтвердження діагнозу ТБ (всіма методами)(графа 3 > суми граф 4, 6) | У тому числі: |
| мають результат обстеження МГ | мають результат обстеження на ВІЛ | бактеріологічно підтверджених випадків ТБ | гістологічним методом |
| молекулярно-генетичним методом | з них:тест сечі LF-LAM |
| А | Б | 1 | 2 | 3 | 4 | 5 | 6 |
| Нові випадки ТБ | 1 |  |  |  |  |  |  |
| Рекурентні випадки ТБ | 2 |  |  |  |  |  |  |
| Випадки ТБ з невідомою історією попереднього лікування | 3 |  |  |  |  |  |  |
| Таблиця 3000 | Кількість працівників ЗОЗ/ФОП, які захворіли на ТБ у звітному кварталі(осіб) |

|  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- |
| Найменування | № рядка | Усього | У тому числі: |
| лікарі | середній медичний персонал | молодший медичний персонал |
| А | Б | 1 | 2 | 3 | 4 |
| Кількість працівників ЗОЗ/ФОП, які захворіли на ТБ | 1 |  |  |  |  |
| у тому числі:медичні працівники | 2 |  |  |  |  |
| інші працівники | 3 |  | Х | Х | Х |
| Із рядка 1 -кількість працівників регіональних фтизіопульмонологічних медичних центрів, які захворіли на ТБ | 4 |  |  |  |  |
| у тому числі:медичні працівники | 5 |  |  |  |  |
| інші працівники | 6 |  | Х | Х | Х |
| \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_Дата формування звіту | \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_(підпис керівника суб’єкта, який подає звіт) | \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_(Власне ім’я, ПРІЗВИЩЕ) |
|  | \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_(підпис особи, яка сформувала звіт) | \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_(Власне ім’я, ПРІЗВИЩЕ) |
| Телефон: \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ факс: \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ електронна пошта: \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ |

Директор Департаменту
громадського здоров’я
Т. Скапа