Додаток 3

 ЗАТВЕРДЖЕНО

 наказ департаменту

 охорони здоров’я

 облдержадміністрації

 від \_\_\_\_\_№

# **Г Р А Ф І К**

**подання державних та галузевих статистичних звітів за 2017 рік**

**за ф. № 8, 33-коротка**

|  |  |
| --- | --- |
| **Регіони:** | **Дата складання звітів** |
| м. Лиман, м. Торецьк | 18.12.2017 |
| м. Новогродівка, Слов’янський район | 19.12.2017 |
| м. Бахмут, Бахмутський район м. Слов’янськ | 20.12.2017 |
| м. Авдіївка, Ясинуватський район м. Мирноград | 21.12.2017 |
| м. Покровськ, Покровський район м. Краматорськ | 22.12.2017 |
| м. Добропілля, Добропільський район, Олександрівський район | 26.12.2017 |
| **Маріупольський МПТД:**м. Маріуполь м. ВугледарВолновахський районНікольський районМар’їнський районМангушський районВ-Новосілківський район | 27.12.2017 |
| м. Костянтинівка, Костянтинівський район | 28.12.2017 |
| м. Дружківка, м. СелідовеСИЗО: м. Маріуполь, м. Бахмут (ф.33-коротка) | 29.12.2017 |

**\*\* КЛПУ «Міський протитуберкульозний диспансер м. Маріуполя» надає пакет звітних форм до КЛПУ «Міський протитуберкульозний диспансер м. Краматорська» із наступних регіонів:** м.Маріуполь, м. Вугледар**,** В-Новоселківський**,** Волновахський, Нікольський, Мангушський та Мар’їнський райони.

 **На КЛПУ «Міський протитуберкульозний диспансер м. Краматорська»** покладається відповідальність за організаційно-методичне керівництво підготовки річних звітів та їх попередній прийом із наступних регіонів: м. Авдіївка, м. Бахмут, м. Торецьк, м. Мирноград, м. Добропілля, м. Дружківка, м. Костянтинівка, м. Лиман, м. Покровськ, м. Маріуполь (та закріплені за ним регіони), м. Новогродівка, м. Селідове, м. Слов’янськ та райони: Бахмутський, Добропільський, Костянтинівський, Покровський, Олександрівський, Слов’янський та Ясинуватський.

Достовірність заповнення фф.33-кор., 33-здор., ф.8; ф.20; ф.12; ТБ-07, ТБ-10, ТБ-11, ТБ-08 та ТБ 07-МРТБ, ТБ 08-МРТБ (ХРТБ), ТБ 10-МРТБ (ХРТБ) покладається на керівників туберкульозних закладів (туберкульозних кабінетів).

Просимо забезпечити суворе дотримання графіку надання річних звітів відповідно переліку регламентованого пакету документів (додатки 3.1 та 3.2), а також їх достовірність. на паперовому (у двох примірниках) та електронному носіях.

КЛПУ «Міський протитуберкульозний диспансер м. Маріуполя»та КЛПУ «Міський протитуберкульозний диспансер м. Краматорська» надають звіти за фф. 8, 33-коротка головному позаштатному спеціалісту департаменту охорони здоров’я облдержадміністрації за фахом фтизіатрія, заступнику головного лікаря КЛПУ «Міський протитуберкульозний диспансер» м. Краматорськ Клименко Наталії Миколаївні на електронну адресу stattubkram@ukr.net в форматі «Медстат» та у вигляді експорту в файл Word у паперовому вигляді (у двох примірниках).

Заступник директора

департаменту охорони здоров’я

облдержадміністрації В.В. Колесник

 Додаток 3.1

 ЗАТВЕРДЖЕНО

 наказ департаменту

 охорони здоров’я

 облдержадміністрації

 від \_\_\_\_\_№

**Перелік звітних форм (або документів), які надаються в КЛПУ «Міський протитуберкульозний диспансер м. Краматорська» з туберкульозних закладів (туберкульозних кабінетів) за 2017 рік**

|  | **Форма звітності** | **Термін надання** | **\*примітки** |
| --- | --- | --- | --- |
|  | ф.33-коротка «Звіт про хворих на ТБ» за 2017р.**форма змінена!!!!** | **Згідно з додатком 3** | Кількість випадків (ВДТБ та РТБ) повинно дорівнюватись зареєстрованим хворим по Реєстру (окрім невідомих диспансеру). Дані про наявність бактеріовиділювачів, хворих з деструкцією, ко-інфекцією також повинні відповідати Реєстру.Додатково до ф.33-кор. надати список зареєстрованих у поточному році випадки РТБ (вказати форму ТБ, у т.ч. МБТ (+/-)/Дестр (+/-) та з якої категорії були переведені: раніше зняті чи кат.5,1.Форма надається на паперовому носії у 2-х примірниках та **dbf – файл (тобто в системі «Медстат»);** |
|  | ф.8 «Звіт про захворювання на активний ТБ»та додатки (таблиця 1, таблиця 1.1, таблиця 1.2, таблиця 2, таблиця 2 ) до звітної форми | Згідно з додатком 3або до 03.01.2018р. | **На окремому листку подаються дані згідно таблиць 1; 1.1; 1.2; 2; 3;**Інформація з таблиць повинна збігатися з даними Реєстру (особливо медичні працівники, особи які мали контакт із вогнища ТБ);Дані з таблиць 2; 1.2 – мають збігатись з «Паспортом регіону».Форма надається на паперовому носії у 2-х примірниках та **dbf – файл (тобто в системі «Медстат»);** |
|  | ф.3 – ВІЛ/СНІД «Звіт про проведення консультування у зв’язку з тестуванням на ВІЛ-інфекцію» **за 4 кв.2017р.**  | **Згідно з додатком 3** |  |
|  | ф.4 (ТБ 07) 3 кв.2017р. | Наявність журналу ТБ 03 – обов’язкова |
|  | ф.8-2 (ТБ 10) 3кв.2017р. | Наявність журналу ТБ 03 – обов’язково!!! |
|  | ф.8-3 (ТБ 11) 3кв.2017р. | Наявність журналу ТБ 03 – обов’язково!!! |
|  | ТБ 07-А 4кв.2017р. | **Згідно з додатком 3** | Наявність журналу ТБ 03 – обов’язково!!!М(+) в ЗЛМ повинно співпадати з даними реєстру. |
|  | ф.8-1 (ТБ 08) 4кв.2016р. | Наявність журналу ТБ 03 – обов’язково!!!Та ТБ 01 (за 4кв.2015р.) |
|  | ф.4-2 (ТБ 07-МРТБ) 3кв.2017р. | Наявність журналу ТБ 03 (МРТБ) з внесеними даними – обов’язково!!! |
|  | ф.4-2 (ТБ 07-МРТБ) ГФ - 3кв.2017р. | Наявність журналу ТБ 03 (МРТБ) з внесеними даними – обов’язково!!! |
|  | ф.8-4 (ТБ 10-МРТБ) 4кв.2016р. | Наявність журналу ТБ 03 (МРТБ) з внесеними даними – обов’язково!!! |
|  | ф.8-4 (ТБ 10-МРТБ) ГФ - 4кв.2016р. | Наявність журналу ТБ 03 (МРТБ) з внесеними даними – обов’язково!!! |
|  | ф.8-6 (ТБ 08-МРТБ) 3кв.2015р. | Наявність журналу ТБ 03 (МРТБ) з внесеними даними – обов’язково!!! |
|  | ф.8-6 (ТБ 08-МРТБ) ГФ - 3кв.2015р. | Наявність журналу ТБ 03 (МРТБ) з внесеними даними – обов’язково!!! |
|  | ф.8-6 (ТБ 08-ХРТБ) 3кв.2015р. | Наявність журналу ТБ 03 (МРТБ) з внесеними даними – обов’язково!!! |
|  | ф.8-6 (ТБ 08-ХРТБ) ГФ - 3кв.2015р. | Наявність журналу ТБ 03 (МРТБ) з внесеними даними – обов’язково!!! |
|  | ф.8-6 (ТБ 08-РРТБ) 3кв.2015р. | Наявність журналу ТБ 03 (МРТБ) з внесеними даними – обов’язково!!! |
|  | ф.8-6 (ТБ 08-РРТБ) ГФ - 3кв.2015р. | Наявність журналу ТБ 03 (МРТБ) з внесеними даними – обов’язково!!! |
|  | Звіт про прибулих з місць позбавлення волі за 2017р. |  |
|  | Робота стаціонарного відділення  | Згідно з додатком 3або до 04.01.2018р. | Надають туб. диспансери |
|  | Звіт про профілактичний огляд населення за 2017р. | Згідно з додатком 3або до 04.01.2018р. | Кількість виявлених осіб повинно співпадати з ф.33-коротка (ВДТБ та РТБ) окрім дітей віком 0-14 років та випадки поза легеневого ТБ, окрім ПЛ ТБ ОД. |
|  | **Текстовий звіт по дитинству (діти та підлітки)** | **До 10.01.2018р.** | Надавати на паперовому носії (підпис, печатка), сканований варіант звіту направити на електрону адресу:**aptd@ukr.net** (для Молчанової О.О.)До звіту дитячого обласного фтизіатра за 2017 р. включити диспансеризацію за 2017 р., а також списки дітей і підлітків, які перебувають на обліку 1-4 категорія і категорія 5.1 (вказати прізвище та ім’я дитини). Кількість дітей і підлітків, які перебувають на обліку з туб. контакту, окремо за категоріями МБТ+, МБТ-, МРТБ, РРТБ. Здати звіт з використання путівок за 2017 р. (вказати прізвище дитини та діагноз, з урахуванням відмов від санаторного оздоровлення (копії відмов прикласти до звітів).Надати список дітей-інвалідів (0- 17 рр.) з ТБ, які знаходяться на диспансерному обліку в туберкульозному закладі (прізвище та ім’я, вік, категорія нагляду по ТБ, яка група інвалідності). |

Заступник директора

департаменту охорони здоров’я

облдержадміністрації В.В. Колесник

 Додаток 3.2

 ЗАТВЕРДЖЕНО

 наказ департаменту

 охорони здоров’я

 облдержадміністрації

 від \_\_\_\_\_№

**Перелік звітних форм (або документів), які надаються в КЛПУ «Міський протитуберкульозний диспансер м. Краматорська» з туберкульозних закладів (туберкульозних кабінетів) за 2017 рік (09.01 – 25.01.2018р)**

|  | **Вигляд звітності** | **Термін надання** | **\*примітки** |
| --- | --- | --- | --- |
|  | ф.33-здоров «Звіт про хворих на ТБ» за 2017р**.** **та таблиця 12 з п 8**Порядку формування зведених державних та галузевих статистичних форм МОЗ України за 2017рік | Згідно з додатком 2 до наказу | Кількість випадків (ВДТБ та РТБ) табл.2100 повинно дорівнюватись зареєстрованим хворим по Реєстру. Дані про наявність туберкульозу легенів з бактеріовиділювнням, хворих з деструкцією, ко-інфекцією також повинні відповідати Реєстру.*До форми 33-здоров додатково надається інформація про народжених живими у пологовому будинку (розташованому на вашій території) немовлят, з них було проведено щеплення БЦЖ (кількість). Дані повинні будуть підтвердженні міським/районним педіатром.*Форма надається на паперовому носії у 2-х примірниках та **dbf – файл (система «Медстат»);** |
|  | Списки померлих (до ф.33-Здоров) у 2017 році від:- туберкульозу:- н/диспансеру;- ВІЛ/Снід – інфекції;- інше захворювання. | Згідно з додатком 2 до наказу | Списки надати згідно установленої форми. |
|  | План на 2018 рік «Про профілактичний огляд населення на туберкульоз». | Згідно з додатком 2 до наказу |  |
|  | Ф.12 «Звіт про захворювання, зареєстровані у хворих, які проживають у районі обслуговування лікувально-профілактичного закладу» за 2017р. | Згідно з додатком 2 до наказу | Форма надається на паперовому носії у 1-му примірнику.Правила заповнення та контролі – дивитись у «Порядок формування зведених державних та галузевих статистичних звітів…» |
|  | Ф.20 «Звіт лікувально-профілактичного закладу» за 2017р. | Згідно з додатком 2 до наказу | Форма надається туб. диспансерами, на паперовому носії у 1-му примірнику та **dbf – файл (система «Медстат»);** |
|  | Ф.17 Звіт про медичні кадри» | Згідно з додатком 2 до наказу | Форма надається туб. диспансерами, на паперовому носії у 1-му примірнику та **dbf – файл (система «Медстат»);** |
|  | Індикаторний моніторинг виконання обласної туберкульоз-програми за 2017р. | Згідно з додатком 2 до наказу | Наказ ГУЗО від 15.08.2007 року№ 285До форми надати список осіб, які лікувались амбулаторно в 2017 році (ПІП, категорія, дата реєстрації випадку, результат лікування). |
|  | Звітна форма по ТБ/ВІЛ за 2017 рік (наказ 488)- ***списки померлих хворих (ТБ/ ВІЛ) у поточному році*** *(звірити з спеціалістом кабінету служби ВІЛ/СНІДу)* | Згідно з додатком 2 до наказу | Додаток до наказу ГУЗО ОГА від 28.12.2009 **№ 488** (інструкція до форми додається)Форма надається за підписом лікаря-фтизіатра та спеціаліста з кабінету служби ВІЛ/СНІДу. |
|  | Населення на 01.01.2018 рік | Згідно з додатком 2 до наказу | **Форма FNS9999** (надається на паперовому носії у 1-му примірнику, за підписом керівника лікувального закладу та печаткою . |

Заступник директора

департаменту охорони здоров’я

облдержадміністрації В.В. Колесник