Додаток 11

ЗАТВЕРДЖЕНО

Наказ департаменту охорони здоров’я

облдержадміністрації

від \_\_\_\_\_\_\_ 2019 року № \_\_\_\_

**Звіт по переміщеним особам за 1 півріччя 2019 р**

( назва закладу та території )

1. **Контингенти**

|  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- |
|  |  | Всього | з них дітей |
| 1 | Кількість переміщених осіб, що звернулись (**зареєструвались у медичному закладі за місцем** **проживання в ЦПМСД**) за медичною допомогою  з початку проведення АТО |  |  |
|  | Кількість переміщених осіб, що звернулись (**зареєструвались у медичному закладі за місцем проживання в ЦПМСД**) за медичною допомогою протягом звітного періоду |  |  |
|  | Кількість переміщених осіб, що знаходяться під диспансерним наглядом |  |  |
|  | В тому числі з приводу захворювань, що виникли під час тимчасового проживання |  |  |
|  | з них: Захворювання органів дихання |  |  |
|  | * Захворювання сечової системи |  |  |
|  | * Травми, отруєння та деякі інші наслідки впливу зовнішніх причин |  |  |
|  |  |  |  |

1. **Профогляди**

|  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- |
|  |  | Всього | в т.ч. дітей |
|  | Кількість профілактично оглянутих переміщенх осіб |  |  |
|  | в т.ч. на ІІ-ІІІ рівні |  |  |
|  | Всього випадкiв захворювань |  |  |
|  | Гіпертонічна хвороба |  |  |
|  | -Ішемічна хвороба серця |  |  |
|  | -Хронiчний бронхiт |  |  |
|  | -Хвороби щитоподібної залози |  |  |
|  | -Цукровий дiабет |  |  |
|  | -Хвороби нирок |  |  |
|  | -Виразкова хвороба шлунку,12 - палої кишки |  |  |
|  | -Виявлено онкопатології при профогляді |  |  |
|  |  |  |  |

**3. Загальна захворюваність**

|  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- |
|  |  | Всього | в т.ч. у дітей |
|  | Кількість відвідувань усього |  |  |
|  | Кількість відвідувань з приводу захворювань |  |  |
|  | Кількість захворювань всього |  |  |
|  | Кількість захворювань вперше виявлених всього |  |  |
|  | Число вперше виявлених захворювань цукровим діабетом |  |  |
|  | Число вперше виявлених хвороб системи кровообігу |  |  |
|  | в т.ч. вперше виявлених захворювань на гіпертонічну хворобу |  |  |
|  |  |  |  |

**4. Стаціонарна допомога**

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
|  |  |  |
|  | Проліковано в стаціонарі всього |  |
|  | в т.ч. на ветеранських ліжках |  |
|  | Проведено ліжко-днів |  |
|  | Вартість одного ліжко-дня по медикаментам |  |
|  | Вартість одного ліжко-дня по харчуванню |  |

**5. Забезпечення пільгової категорії населення.**

|  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- |
|  |  | Скільки осіб пільгової категорії підлягають забезпеченню | Скільки осіб пільгової категорії отримали | Питома вага |
| 1 | медикаментами |  |  |  |
| 2 | зубним протезуванням |  |  |  |
| 3 | слуховими апаратами |  |  |  |
| 4 | кардіостимуляторами |  |  |  |
| 5 | штучними кришталиками |  |  |  |
| 6 | засобами технічної реабілітації |  |  |  |
|  | **Усього** |  |  |  |

Виконавець

Керівник закладу

Заступник директора департаменту

охорони здоров’я облдержадміністрації В.В. Колесник