Додаток 9 До наказу департаменту охорони здоров’я облдержадміністрації від \_\_\_\_\_\_\_ 2020 року № \_\_\_\_

**Звіт по учасникам АТО за 9 місяців 2020 року**

( назва закладу та території )

1. **Контингенти**

|  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- |
|  |  | Всього | З них жінок |
| 1 | Кількість демобілізованих учасників АТО, що звернулись (зареєструвались у медичному закладі за місцем проживання в ЦПМСД) за медичною допомогою з початку проведення АТО |  |  |
| 2 | Кількість демобілізованих учасників АТО, що звернулись (зареєструвались у медичному закладі за місцем проживання в ЦПМСД) за медичною допомогою протягом звітного періоду |  |  |

1. **Профогляди**

|  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- |
|  |  |  | В т.ч. жінок |
| 1 | Кількість профілактично оглянутих учасників АТО |  |  |
|  | В т.ч. на ІІ-ІІІ рівні |  |  |
| 2 | Всього випадкiв захворювань |  |  |
| 3 | Гіпертонічна хвороба |  |  |
| 4 | Ішемічна хвороба серця |  |  |
| 5 | Хронiчний бронхiт |  |  |
| 6 | Хвороби щитоподібної залози |  |  |
| 7 | Цукровий дiабет |  |  |
| 8 | Хвороби нирок |  |  |
| 9 | Виразкова хвороба шлунка,12 - палої кишки |  |  |
| 10 | Захворюваня психіки та поведінки всього |  |  |
|  | В т.ч. зловживання алкоголем |  |  |
|  | Вживання наркотичних речовин |  |  |
|  | Невротичні розлади |  |  |
| 11 | Виявлено онкопатології при профогляді |  |  |

**3. Загальна захворюваність**

|  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- |
|  |  | Всього | В т.ч. у жінок |
| 1 | Кількість відвідувань усього |  |  |
| 2 | Кількість відвідувань з приводу захворювань |  |  |
| 3 | Кількість захворювань всього |  |  |
| 4 | Кількість захворювань вперше виявлених всього |  |  |
| 5 | Кількість вперше виявлених захворювань цукровим діабетом |  |  |
| 6 | Кількість вперше виявлених хвороб системи кровообігу |  |  |
| 7 | Кількість вперше виявлених захворювань на гіпертонічну хворобу |  |  |
|  |  |  |  |

**4. Стаціонарна допомога**

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
| 1 | Проліковано в стаціонарі всього |  |
|  | В т.ч. на ветеранських ліжках |  |
| 2 | Проведено ліжко-днів |  |
| 3 | Вартість одного ліжко-дня по медикаментам |  |
| 4 | 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 |  |  |  |
| **7** | **Усього** |  |  |  |

Виконавець

Керівник закладу

Заступник директора департаменту-

начальник управління організації

та розвитку медичної допомоги населенню

департаменту охорони здоров᾿я

облдержадміністрації Н.Г. Філіппова