Додаток 3

ЗАТВЕРДЖЕНО

Наказ департаменту

охорони здоров’я

облдержадміністрації

від \_\_\_\_\_№

**Перелік звітних форм (або документів), які надаються в КНП «Обласний клінічний протитуберкульозний диспансер» з туберкульозних закладів (туберкульозних кабінетів) за 2020 рік**

| **№**  **з/п** | **Найменування форм, документів** | **Строки подання** | **Примітки** |
| --- | --- | --- | --- |
|  | ф. 3 – ВІЛ/СНІД «Звіт про проведення консультування у зв’язку з тестуванням на ВІЛ-інфекцію»  за 4 кв. 2020р. | До 04.01.2021 р. | П.І.П., підпис відповідольної особи, контактний телефон, печатка. |
|  | Робота стаціонарного відділення протитуберкульозного закладу (до ф.FQU «Моніторинг діяльності ЗОЗ») |
|  | Списки контингентів хворих на всі форми туберкульозу, які знаходяться на обліку в туб.закладі/туб.кабінеті на 04.01.2021 р. | За наданою формою,  на електроному носії. |
|  | Списки померлих пацієнтів у 4 кв.2020р. від:  - туберкульозу;  - СНІДу;  - інша причина та н/диспансеру. |
|  | ф. 33-коротка «Звіт про хворих на ТБ»  за 12 міс. 2020 | До 04.01.2021 р. | П.І.П., підпис відповідольної особи, контактний телефон, печатка.  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. |
|  | Звітна форма по ТБ/ВІЛ за 12 міс. 2020р. (наказ 910) | П.І.П., підписи відповідольних осіб, контактні телефони, печатка.  Форму змінено (п.1.1.1.)!!!! |
|  | ф. 4 (ТБ 07) 3 кв. 2020р. | До 11.01.2021 р. | Дані в Реєстрі повині відповідати паперовому носію.  Інформація про пацієнта (лікування, обстеження) внесена до Реєстру в повному обсязі. |
|  | ф. 8-2 (ТБ 10) 3 кв. 2020р. |
|  | ф. 8-3 (ТБ 11) 3 кв. 2020р. |
|  | ф. 8-1 (ТБ 08) 4 кв. 2019р. |
|  | ТБ 07-А 4 кв. 2020р. | До 11.01.2021 р. | КСБ(+) в ЗЛМ повинно співпадати з даними Реєстру. |
|  | Додаток 1 (ТБ 07-Б)  Лист ДУ «ЦГЗ МОЗ України» №3000 від 12.07.2019р.  (3 кв. 2020р.) | Виявлення випадків туберкульозу (нові та рецидиви) з МГ(+) у осіб, що були обстежені молекулярно-генетичними тестами в лабораторіях ЗОЗ (де було встановлено GeneXpert MTB/RIF у якості первинного діагностичного тесту) |
|  | ф. 4-2 (ТБ 07-МЛС/Риф-ТБ/ ШЛС-ТБ)  3 кв. 2020р. | Дані в Реєстрі повині відповідати паперовому носію.  Інформація про пацієнта (лікування, обстеження) внесена до Реєстру в повному обсязі. |
|  | ф. 8-4 (ТБ 10-МРТБ/РРТБ) 4 кв. 2019р |
|  | ф. 8-6 (ТБ 08-МРТБ) 3 кв. 2018р. |
|  | ф. 8-6 (ТБ 08-ХРТБ) 3 кв. 2018р. |
|  | ф. 8-6 (ТБ 08-РРТБ) 3 кв. 2018р. |
|  | Індикаторний моніторинг амбулаторного лікування пацієнтів ЧТБ/ЛСТБ  за 12 міс.2020р. | П.І.П., підпис відповідольної особи, контактний телефон, печатка. |
|  | Звіт про виконання Порядку проведення обов’язкових профілактичних оглядів на туберкульоз за 12 міс.2020р. |
|  | Текстовий звіт по дитинству (діти та підлітки) за 12 міс. 2020р. | До 09.01.2021 р. | Надати електроні форми звіту (підпис, печатка, контактний телефон) експерту департаменту охорони здоров’я Донецької облдержадміністрації за напрямком «Дитяча Фтизіатрія» Романенко А.А. 063 722 50 27 (м. Краматорськ вул.Кирилкіна-10, каб. № 3) електрона адреса: anastasiyaromanenko27@gmail.com |
|  | Текстовий та цифровий аналіз епідеміологічної ситуації з ЧТБ/ЛСТБ у районі за 12 міс.2020р.  (Виявлення ТБ на первиному рівні, формування/скринінгове анкетування груп «Ризику», недоліки/дефектура в роботі) | До 09.01.2021 р. | П.І.П., підпис відповідольної особи, контактний телефон, печатка. |

Заступник директора департаменту-

начальник управління організації

та розвитку медичної допомоги населенню

департаменту охорони здоров᾿я

облдержадміністрації Н.Г. Філіппова

Додаток 3.1

ЗАТВЕРДЖЕНО

Наказ департаменту

охорони здоров’я

облдержадміністрації

від \_\_\_\_\_№

**Г Р А Ф І К**

**подання статистичних звітів за 2020 рік**

**по формам № 33-Здоров**

**по адміністративним територіям з туберкульозних закладів**

**(туберкульозних кабінетів)**

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
| 11.01.2021 | Міста: | Новогродівка, Вугледар |
| Райони: |  |
| 12.01.2021 | Міста: | Авдіївка, Торецьк |
| Райони: | Ясинуватський |
| 13.01.2021 | Міста: | Селидове |
| Райони: | В-Новоселківський, Мар’їнський |
| 14.01.2021 | Міста: | Мирноград |
| Райони: | Олександрівський |
| 15.01.2021 | Міста: | Покровськ, |
| Райони: | Покровський |
| 18.01.2021 | Міста: |  |
| Райони: | Мангушський |
| 19.01.2021 | Міста: | Добропілля |
| Райони: | Добропільський |
| 20.01.2021 | Міста: | Дружківка |
| Райони: | Волноваський |
| 21.01.2021 | Міста: | Бахмут, Лиман |
| Райони: | Бахмутський |
| 22.01.2021 | Міста: | Краматорськ |
| Райони: | Нікольський |
| 25.01.2021 | Міста: | Костянтинівка |
| Райони: | Костянтинівський район |
| 26.01.2021 | Міста: | Слов’янськ |
| Райони: | Слов’янський район |
| 27.01.2021 | Міста: | Маріуполь |
| Райони: |  |

На КНП «Обласний протитуберкульозний диспансер» покладається відповідальність за організаційно-методичне керівництво підготовки квартальних звітів та їх попередній прийом із наступних регіонів:

Міста: Авдіївка, Бахмут, Вугледар, Торецьк, Мирноград, Добропілля, Дружківка, Костянтинівка, Краматорськ, Лиман, Покровськ, Маріуполь, Новогродівка, Селідове, Слов’янськ;

Райони: Бахмутський, В-Новосілківський, Волновахський, Нікольський, Добропільський, Костянтинівський, Покровський, Мар’їнський, Олександрівський, Слов’янський та Ясинуватський.

Достовірність заповнення ф.33-кор.; ТБ-07, ТБ-10, ТБ-11, ТБ-08 та ТБ 07-МЛС/Риф-ТБ / ШЛС-ТБ, ТБ 08-МРТБ (РРТБ/ХРТБ), ТБ 10-МРТБ (РРТБ) покладається на керівників туберкульозних закладів (туберкульозних кабінетів).

Просимо забезпечити суворе дотримання графіку надання квартальних звітів відповідно до переліку регламентованого пакету документів (додатки 3.1), а також їх достовірність на паперовому носії.

**Форма № 17 «Звіт про медичні кадри» заповнюється на підставі особових карток працівників, трудові книжки яких знаходяться у даному закладі (основних працівників).** Звіт подається на паперовому носії у двох примірниках роздрукованих у режимі «Друк вихідних форм». Форма надається КНП «ОКПД» та КНП «Маріупольським міським протитуберкульозним диспансером».

**Форма № 20 «Звіт юридичної особи незалежно від її організаційно – правової форми та фізичної особи - підприємця, які провадять господарську діяльність з медичної практики за 20\_\_\_ рік»** (розріз 0). Форма № 20 (0) складається та подається в двох примірниках, роздрукованих в режимі «Друк вихідних форм» та електронному варіанті. Звіт надається КНП «ОКПД» та КНП «Маріупольським міським протитуберкульозним диспансером».

Заступник директора департаменту-

начальник управління організації

та розвитку медичної допомоги населенню

департаменту охорони здоров᾿я

облдержадміністрації Н.Г. Філіппова