Додаток 3

до Наказу департаменту охорони здоров’я

облдержадміністрації

від №

**Перелік і строки подання звітних форм (або документів),**

**які надаються в КНП «Обласний клінічний протитуберкульозний диспансер»**

**за 2021 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. 2021р. | До 04.01.2022 | П.І.П., підпис відповідольної особи, контактний телефон, печатка (електронний варіант форм звітності надсилати на адресу stattubkram@ukr.net) |
|  | 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 03.01.2022 р. | За наданою формою та надіслати електронною поштою в форматі «Excel» за адресою Е-mail: stattubkram@ukr.net |
|  | Списки померлих пацієнтів у 2021р. від:  - туберкульозу;  - СНІДу;  - інша причина та н/диспансеру. |
|  | ф. № 33-коротка «Звіт про хворих на ТБ»  за 12 міс. 2021 р.  ф. № 8 «Звіт про захворювання на активний туберкульоз» за 2021 р. | До 04.01.2022 | 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.  (електронний варіант форм звітності надсилати на адресу stattubkram@ukr.net) |
|  | Звітна форма по ТБ/ВІЛ за 12 міс. 2021 р. (наказ 910) | П.І.П., підписи відповідольних осіб, контактні телефони, печатка.  За наданою формою (електронний варіант форм звітності надсилати на адресу stattubkram@ukr.net). |
|  | ф. 4 (ТБ 07) 3 кв. 2021 р. | До 11.01.2022 | Дані в Реєстрі повині відповідати паперовому носію.  Інформація про пацієнта (лікування, обстеження) внесена до Реєстру в повному обсязі (електронний варіант форм звітності надсилати на адресу stattubkram@ukr.net). |
|  | ф. 8-2 (ТБ 10) 3 кв. 2021 р. |
|  | ф. 8-3 (ТБ 11) 3 кв. 2021 р. |
|  | ф. 8-1 (ТБ 08) 4 кв. 2020 р. |
|  | ТБ 07-А 4 кв. 2021 р. | До 11.01.2022 | КСБ(+) в ЗЛМ повинно співпадати з даними Реєстру (електронний варіант форми звітності надсилати на адресу stattubkram@ukr.net). |
|  | Додаток 1 (ТБ 07-Б)  Лист ДУ «ЦГЗ МОЗ України» №3000 від 12.07.2019 р.  (3 кв. 2021 р.) | 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. 2021 р. | Дані в Реєстрі повині відповідати паперовому носію.  Інформація про пацієнта (лікування, обстеження) внесена до Реєстру в повному обсязі (електронний варіант форм звітності надсилати на адресу stattubkram@ukr.net). |
|  | ф. 8-4 (ТБ 10-МРТБ/РРТБ) 4 кв. 2020 р. |
|  | ф. 8-6 (ТБ 08-МРТБ) 3 кв. 2019 р. |
|  | ф. 8-6 (ТБ 08-ХРТБ) 3 кв. 2019 р. |
|  | ф. 8-6 (ТБ 08-РРТБ) 3 кв. 2019 р. |
|  | Індикаторний моніторинг амбулаторного лікування пацієнтів ЧТБ/ЛСТБ  за 12 міс.2021 р. | П.І.П., підпис відповідольної особи, контактний телефон, печатка. |
|  | Паспорт Регіону 2021 р. | До 20.01.2022 |
|  | Цифровий звіт по дитинству (діти та підлітки) за 2021 р. | До 20.01.2022 | 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](mailto:anastasiyaromanenko27@gmail.com)  Ззаповнення та надання звіту покладається на завідувачив диспансерних відділень КНП «ОКПД» та лікарів-фтизіатрів вторинної ланки. |
|  | Текстовий та цифровий аналіз епідеміологічної ситуації з ЧТБ/ЛСТБ на підконтрольних територіях за 2021 р.  (Виявлення ТБ на первиному рівні, формування/скринінгове анкетування груп «ризику», недоліки/дефектура в роботі) | До 10.02.2022 | 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 Наталія ФІЛІППОВА