

**МИНИСТЕРСТВО ЗДРАВООХРАНЕНИЯ РОССИЙСКОЙ
ФЕДЕРАЦИИ**

ПРИКАЗ

ОТ 13 АВГУСТА 2003 ГОДА N 410

**ОБ УТВЕРЖДЕНИИ УЧЕТНОЙ ФОРМЫ N 089/У-ТУБ
"ИЗВЕЩЕНИЕ О БОЛЬНОМ С ВПЕРВЫЕ В ЖИЗНИ
УСТАНОВЛЕННЫМ ДИАГНОЗОМ АКТИВНОГО
ТУБЕРКУЛЕЗА, С РЕЦИДИВОМ ТУБЕРКУЛЕЗА"**

Во исполнение [постановления Правительства Российской Федерации от 25.12.2001 N 892 "О реализации Федерального закона о предупреждении распространения туберкулеза в Российской Федерации"](#) и в целях упорядочения учета заболеваемости активным туберкулезом, повышения эффективности деятельности учреждений, оказывающих противотуберкулезную помощь,

приказываю:

1. Утвердить [учетную форму N 089/у-туб "Извещение о больном с впервые в жизни установленным диагнозом активного туберкулеза, с рецидивом туберкулеза"](#) (приложение).
2. [Учетную форму N 089/у-туб "Извещение о больном с впервые в жизни установленным диагнозом активного туберкулеза, с рецидивом туберкулеза"](#) ввести в действие с 1 октября 2003 года.
3. Контроль за исполнением настоящего приказа возложить на заместителя Министра Р.А.Хальфина.

Министр
Ю.Л.Шевченко

Приложение

**УТВЕРЖДЕНО
приказом Минздрава России
от 13 августа 2003 года N 410**

Министерство здравоохранения
Российской Федерации

наименование учреждения

Код формы по ОКУД _____
Код учреждения по ОКПО ____
Медицинская документация
Форма N 089/у-туб
Утверждена приказом Минздрава
РФ
от 13.08.2003 N 410

**ИЗВЕЩЕНИЕ
О БОЛЬНОМ С ВПЕРВЫЕ В ЖИЗНИ УСТАНОВЛЕННЫМ
ДИАГНОЗЕ ТУБЕРКУЛЕЗА-1, С РЕЦИДИВОМ ТУБЕРКУЛЕЗА-2**

1. Фамилия, имя, отчество _____

2. Пол: муж. -1, жен. - 2 _____

4. Место работы, должность _____

3. Дата рождения: ____ . ____ . ____

5. Адрес фактического проживания больного: населенный пункт _____
район _____ улица _____ дом _____ корпус _____ кв. _____

6. Житель; города - 1, села - 2

7. Социально-профессиональная принадлежность: рабочий - 1; служащий - 2; учащийся - 3, инвалид - 4; дошкольник, посещающий ДДУ - 5; дошкольник неорганизованный - 6; пенсионер по возрасту - 7; не работающий трудоспособного возраста - 8; безработный - 9.

8. Категория населения: житель данной территории - 1, житель другой территории РФ - 2, иммигрант* - 3, осужденный (УИН) - 5, подследственный (СИЗО) - 6, лицо БОМЖ - 7, другое ведомство (указать какое) - 7 _____, иностранный гражданин - 8, находится в учреждении соцзащиты - 9.

* К иммигрантам относить лица, зарегистрированные миграционной службой.

9. Принадлежность к декретированным группам: нет - 1, да - 2.

10. Сроки предыдущего ФГ обследования: до 1 года - 1, 1-2 года - 2, 3-5 лет - 3, более 5 лет - 4.

11. Место выявления: поликлиника - 1, стационар нетуберкулезного профиля - 2, учреждение соцзащиты - 3, противотуберкулезное учреждение - 4, учреждение другого ведомства (указать какое) - 5, _____

12. Дата первого обращения за медицинской помощью: ____ . ____ . ____

13. Дата взятия на учет в противотуберкулезном учреждении: ____ . ____ . ____

14. Обстоятельства, при которых выявлено заболевание (пути выявления), обращение с жалобами - 1, активное выявление - 2, посмертное выявление - 3.

15. Выявлен из наблюдаемых в тубучреждениях групп: "0" - 1, "III" - 2, "IV" - 3, "IIIA" (ребенок) - 4, "VIA" - 5, "VIB" - 6, "VIB" - 7.

16. Метод выявления: микроскопия по Циль-Нельсену - 1, люминесцентная микроскопия - 2, посев - 3, флюорография - 4, рентгенография - 5, туберкулинодиагностика - 6, гистология - 7, другой (указать какой) - 8

17. Диагноз

_____ код по МКБ-10*

(туберкулез легких - 1, туберкулез плевры, ВДП, трахеи и бронхов, ВГДЛУ - 2, внелегочный туберкулез - 3)

* Двойной код по МКБ-10.

18. Наличие распада: нет - 1, да - 2

19. Подтверждение бактериовыделения: нет - 1, да - 2

19.1. Метод подтверждения бактериовыделения:

микроскопия по Циль-Нельсену - 1, люминесцентная микроскопия - 2, посев - 3

20. Сопутствующие заболевания, нет - 1, сахарн. диабет - 2; ХНЗЛ - 3; гипертон. болезнь; ИБС - 4; язв. болезнь жел. и 12-перст. кишки - 5; психическое забол. - 6; онкологическое забол. - 7; прочее (указать какое) - 8 _____

20.1. Состоит на учете в наркологическом диспансере: нет - 1, да - 2

(хрон. алкоголь., наркомания) нужное подчеркнуть

21. Дата подтверждения диагноза туберкулеза ЦВКК ____ . ____ . ____

Ф.И.О. врача

Дата заполнения извещения ____ . ____ . ____

Оборотная сторона

**ИНСТРУКЦИЯ
ПО ЗАПОЛНЕНИЮ УЧЕТНОЙ ФОРМЫ N 089/У-ТУБ**

1. Учету и регистрации подлежат граждане Российской Федерации, иностранные граждане и лица без гражданства при выявлении у них активной формы туберкулеза любой локализации, рецидива туберкулеза.
2. Извещение заполняется врачом на каждого больного по месту его выявления на случай впервые выявленного заболевания или рецидива.
3. Извещение составляется в каждой медицинской организации, независимо от ведомственной подчиненности.
4. Извещение на выявленного больного направляется в территориальный орган госсанэпиднадзора. Дубликат извещения направляется в территориальный противотуберкулезный диспансер по месту фактического жительства больного.
5. Согласно "Инструкции о регистрации и учете впервые выявленных больных активным туберкулезом и порядке составления отчетной формы N 8", утвержденной [Госкомстатом России 29.06.99 N 49](#) и Минздравом России 10.11.2000 N 01-23/6-14, направление извещения в указанные учреждения осуществляется в 3-дневный срок после постановки диагноза активного туберкулеза.
6. При наличии у больного двух локализаций туберкулеза (туберкулез легких и туберкулез коленного сустава) указываются обе локализации. На первое место ставится более тяжелое поражение.

Текст документа сверен по:

рассылка