|  |  |
| --- | --- |
|  | ПРИЛОЖЕНИЕ № 4к приказу министерстваздравоохраненияНовосибирской областиот \_\_\_\_\_\_\_\_ № \_\_\_\_\_\_\_ |

**ИНФОРМАЦИЯ**

**о впервые выявленных в ходе профилактического медицинского осмотра и диспансеризации определенных групп взрослого населения Новосибирской области случаях туберкулеза (подтвержденных в государственном бюджетном учреждении здравоохранения Новосибирской области «Государственная областная Новосибирская клиническая туберкулезная больница), а также о направленных для получения специализированной, в том числе, высокотехнологичной медицинской помощи**

медицинская организация \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

по состоянию на \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ (нарастающим итогом)

(дата)

|  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| №п/п | Месяц подачи данных | ФИО\* пациента | Дата рождения (чч/мм/гг) | Возраст | Пол | Диагноз | Код по МКБ-10 | Наименование МО, в которую направлен пациент на лечение. Выполненные мероприятия |
| 1 | 2 | 3 | 4 | 5 |  | 6 | 9 | 10 |
| 1 | Туберкулез органов дыхания (количество случаев должно соответствовать строке 1 графе 10 таблицы 5000 формы № 131/о) |
| 1.2 |  |  |  |  |  |  |  |  |
| 1.3. |  |  |  |  |  |  |  |  |
| 2. | Направленные для получения специализированной, в том числе высокотехнологичной, медицинской помощи (количество случаев должно соответствовать строке 07 графе 3 таблицы 6000 формы № 131/о) |
| 2.1. |  |  |  |  |  |  |  |  |
| 2.2. |  |  |  |  |  |  |  |  |

Ответственное лицо за предоставление информации \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

 (ФИО\*) (подпись)

Контактный телефон \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

Руководитель медицинской организации \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

 (ФИО\*) (подпись)

Дата предоставления информации

\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

\* последнее при наличии

\_\_\_\_\_\_\_\_\_