Затверджено

Наказ МОЗ України

10.01.2006 № 1

|  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- |
|  | Назва міністерства, іншого центрального органу виконавчої влади, органу місцевого самоврядування, у сфері управління якого перебуває заклад \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ |  | **МЕДИЧНА ДОКУМЕНТАЦІЯ**Форма первинної облікової документації№ 089-1/о**ЗАТВЕРДЖЕНО**Наказ МОЗ України |  |
|  | Найменування та місцезнаходження (повна поштова адреса) закладу, відповідальні особи якого заповнили повідомлення \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ |
|  |  |  |
|  |
|  | Ідентифікаційний код ЄДРПОУ |  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |  |  | 1 | 0 | 0 | 1 | 2 | 0 | 0 | 6 | № | 1 |  |  |
|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |  |
|  | **ПОВІДОМЛЕННЯ**про випадок захворювання на сифіліс, гонококову, хламідійну інфекцію, урогенітальний мікоплазмоз та трихомоніаз |  |
|  |  | „ |  | ” |  |  | 20 |  | року. |  |
|  |  |  (дата заповнення) |  |  |
|  |  |  |
|  |  |  |
|  | Повідомлення направлено до  |  |  |
|  |  |  |
|  |  (найменування закладу охорони здоров’я) |  |
|  |  |  |
|  | 1. Прізвище, ім’я, по батькові хворого |  |  |
|  |  |  |
|  |  |  |
|  |  |  |
|  | 2. Дата народження |  |  |  |  |  |  | 3. Стать: чоловіча – 1, жіноча - 2 |  |  |  |
|  |  | (число, | місяць, | рік) |  |  |
|  |  |  |
|  | 4. Місце проживання хворого (поштова адреса): країна |  |  |
|  |  |  |
|  | область |  | район |  |  |
|  |  |  |
|  | населений пункт |  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |  |  |
|  | вулиця |  | будинок № |  | кв. № |  |  |
|  |  |  |
|  | 5. Мешкає у: місті – 1, селі – 2  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |
|  | 6. Діагноз захворювання |  |  |
|  |  |  |  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |  |  |  |
|  |  |  | (шифр за МКХ-10) |  |
|  |  |  |
|  | 7. Дата встановлення діагнозу |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
|  |  | (число, | місяць, | рік) |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |
|  | 8. Діагноз установлено під час: звернення до лікаря – 1, профілактичного огляду – 2, обстеження в лікарні-3,  |  |
|  |  |  |
|  | обстеження донорів – 4, обстеження вагітних – 5, обстеження осіб, які доставлені співробітниками МВС, – 6,  |  |
|  |  |  |
|  | обстеження контактних осіб - 7, інше - 8 (уписати) |  |  |  |  |  |
|  |  |  |
|  |  |  |
|  | 9. Діагноз встановлено лікарем: дерматовенерологом – 1, урологом – 2, акушер-гінекологом – 3  |  |  |  |
|  |  |  |
|  | 10. Діагноз підтверджено: лабораторним дослідженням – 1; клінічно – 2, |  |
|  | іншим – 3 (уписати)  |  |  |  |  |  |
|  |  |
|  |  |  |
|  | 11. Дата відправлення повідомлення | „ |  | ” |  | 20 |  | р. |  |
|  |  |  |
|  | **Прізвище, ім’я, по батькові та номер** |  |  |
|  | **контактного телефону лікаря,** |  |  |
|  | **який заповнив повідомлення** |  |  |  |  |
|  |  | (підпис) |  |

|  |  |
| --- | --- |
| **Начальник Центру****медичної статистики****МОЗ України**  | **М.В. Голубчиков** |