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 | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
|  | | Найменування та місцезнаходження (повна поштова адреса) закладу, відповідальні особи якого заповнили повідомлення  \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |  | | | |  | | | | | | | |  | | | |  | | | | |  | | | | |  | | | |  | | |  | | | | |  | | | | | | |
|  | | | | **№ 090/о** | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |  | | | | | | |
| **ЗАТВЕРДЖЕНО**  Наказ МОЗ України | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
|  | |  | | | | | |  | | |  | | | | |  | |  | | | |  | | |  | | |  | | |  | |
|  | |
|  | | Ідентифікаційний код ЄДРПОУ | | | | | |  | |  | | | |  | | |  | | |  | | |  | | | |  | |  | | |  | |  | | | | | |  | | | 1 | | | 0 | | | | 0 | | | | | 1 | | | | 2 | 0 | | | 0 | | | | 6 | | № | | | 1 | | |  | |  | | | | | |  | |
|  | |  | | | | | |  | | |  | | | | |  | |  | | | |  | | |  | | |  | | | |  | |  | | |  | | |  | | | |  | | | | |  | | | |  |  | | |  | | | |  | |  | |  | | |  | |  | | | |  | | | | |
|  | |  | | | | | |  | | |  | | | | |  | |  | | | |  | | |  | | |  | | | |  | | |  | | |  | | | |  | | | | |  | | | |  |  | | |  | | | |  | |  | |  | | |  | |  | | | |  | | | | |
|  | |  | | | | | |  | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |  | |  | | | | | |  | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |  |
| **ПОВІДОМЛЕННЯ**  про хворого у вперше в житті встановленним діагнозом раку або іншого злоякісного новоутворення | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
|  | | | | | **"** |  | | | | | | | **"** | |  | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | **20** | | | | | | |  | | | | | | **року** | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
|  | | | | | | |  | | | | | |  | | (дата заповнення) | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |  | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
|  | | | | | | |  | | | | | |  | |  | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |  | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
|  | |  | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |  | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |  | | | | |
|  | | Місцезнаходження та заклад, куди направлено повідомлення | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |  | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |  | | | | |
|  | |  | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | (найменування закладу охорони здоров’я) | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |  | | | | |
|  | |  | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |  | | | | |
|  | |  | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |  | | | | |
|  | | 1. Прізвище, ім’я, по батькові хворого | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |  | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |  | | | | |
|  | |  | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |  | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |  | | | | |
|  | |  | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |  | | | | |
|  | |  | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |  | | | | |
|  | | 2. Стать: чоловіча – 1. жіноча – 2 | | | | | |  | | | 3. Дата народження | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |  | | | | |  | | | | |  | | | | | | |  | | |  | | | | |  | | |  | | | | | | | | | | | | | | | | |  | | | | |
|  | |  | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | (число, | | | | | | | | | | місяць, | | | | | | | | | | рік) | | | | | | | |  | | | | | | | | | | | | | | | | |  | | | | |
|  | |  | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |  | | | | |
|  | | 4. Місце проживання (поштова адреса) хворого | | | | | | | | | | | | | | | | | |  | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |  | | |
|  | |  | | | | | | | | | | | | | | | | | | (країна, область, район, населений пункт, вулиця, буд. №, кв. №) | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |  | | |
|  | |  | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |  | | |
|  | |  | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |  | | | | 5. Житель: міста – 1, села - 2 | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |  | | | | |  | | |
|  | |  | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |  | | | | | | | | | | | | | | | |  | | |
|  | | 6. Місце роботи (спеціальність) | | | | | | | | | | | | | | | |  | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |  | | |
|  | |  | | | | | | | | | | | | | | | |  | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |  | | |
|  | | 7. Група первинного обліку для потерпілих від наслідків аварії на ЧАЕС: ліквідатори – 1; евакуйовані – 2; населення, що проживає на території радіоекологічного контролю – 3; діти, які народились від батьків 1-3 груп первинного обліку, - 4 | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |  | | | | |  | | |
|  | |  | | | | |  | | |
|  | |  | | | | |  | | |
|  | |  | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |  | | | | |  | | |
|  | | 8. Діагноз |  | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |  | | | | |  | | |
|  | |  | (уточнений, із зазначенням локалізації первинної пухлини та рецидиву захворювання) | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |  | | |
|  | |  | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |  | | |
|  | |  | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |  | | |
|  | |  | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |  | | |
|  | |  | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |  | | |
|  | | 9. Діагноз підтверджений: гістологічно – 1, цитологічно – 2, рентгенологічно – 3, ендоскопічно – 4, радіоізотопним методом – 5, клінічним – 6, іншим - 7 | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |  | | | | |  | | |
|  | |  | | | | |  | | |
|  | |  | | | | |  | | |
|  | | 10. Дата встановлення діагнозу | | | | | | | | | | | | | | | |  | | | | |  | | | | | |  | | | | | |  | | | | |  | | | |  | | | | | | | |  | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |  | | |
|  | |  | | | | | | | | | | | | | | | | (число, | | | | | | | | | | | місяць, | | | | | | | | | | | рік) | | | | | | | | | | | |  | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |  | | |
|  | |  | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |  | | |
|  | | 11. Обставини виявлення захворювання: при зверненні – 1, в оглядовому кабінеті – 2, при інших видах профогляду – 3, посмертно (без розтину) – 4, посмертно (на розтині) – 5 | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |  | | | | |  | | |
|  | |  | | | | |  | | |
|  | |  | | | | |  | | |
|  | | 12. Найменування та місцезнаходження закладу , куди направлений хворий | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |  | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |  | | |
|  | |  | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | (найменування закладу охорони здоров’я) | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |  | | |
|  | |  | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |  | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |  | | |
|  | | 13.Дата відправлення повідомлення **"\_\_\_\_\_\_ "** \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_200\_р. | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |  | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |  | | |
|  | | **Прізвище, ім’я, по батькові лікаря, який заповнив повідомлення** | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |  | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |  | | | | | | | | | | | | | | | |  | | |
|  | |  | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | (підпис) | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |  | | | | | | | | | | | | | | | |  | | |
|  | |  | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |  | | |

**Начальник Центру**

**медичної статистики МОЗ України М.В. Голубчиков**