



**МИНИСТЕРСТВО ЗДРАВООХРАНЕНИЯ
ПЕРМСКОГО КРАЯ**

П Р И К А З

03.09.2016

№ СЭД-34-01-06-660

О порядке регистрации случая
активного туберкулеза и
предоставлении отчетных форм

В соответствии с Федеральным законом от 18.06.2001 № 77-ФЗ «О предупреждении распространения туберкулеза в Российской Федерации», Постановлением Правительства Российской Федерации от 25.12.2001 № 892 «О реализации Федерального закона «О предупреждении распространения туберкулеза в Российской Федерации», приказов Министерства здравоохранения и социального развития Российской Федерации от 21.03.2003 № 109 «О совершенствовании противотуберкулёзных мероприятиях в Российской Федерации», от 15.11.2012 № 932н «Порядок оказания медицинской помощи больным туберкулёзом», санитарно-эпидемиологических правил СП 3.1.2.3114-13 «Профилактика туберкулёза», утвержденных Главным государственным санитарным врачом Российской Федерации от 22.10.2014, в целях упорядочения регистрации случаев заболевания туберкулёзом

ПРИКАЗЫВАЮ:

1. Утвердить:

1.1. Порядок регистрации случая активного туберкулёза в соответствии с приложением 1.

1.2. Форму «Акт разбора случая активного туберкулёза ребенка или подростка» согласно приложению 2.

1.3. Форму «Акт разбора случая несвоевременного выявления туберкулёза» согласно приложению 3.

1.4. Форму «Акт разбора случая раннего рецидива туберкулёза» согласно приложению 4.

1.5. Форму «Акт разбора случая позднего рецидива туберкулёза» согласно приложению 5.

1.6. Форму «Акт разбора случая смерти от туберкулёза» согласно приложению 6.

1.7. Форму «Схема анализа работы по первичной вакцинации БЦЖ детей первого года жизни» согласно приложению 7.

1.8. Форму «Результаты профилактических осмотров с применением туберкулинодиагностики и диаскинтеста» согласно приложению 8.

2. Главным врачам государственных учреждений здравоохранения Пермского края:

2.1. Проводить разбор всех случаев заболевания активным туберкулезом.

2.2. Обеспечить предоставление акта разбора случая активного туберкулёза ребенка или подростка, акта разбора случая несвоевременного выявления туберкулёза, акта разбора случая раннего рецидива туберкулёза, акта разбора случая позднего рецидива туберкулёза и акта разбора случая смерти от туберкулёза в организационно-методический отдел ГБУЗ ПК ПКД «Фтизиопульмонология» в течение 30 дней почтой или по факсу 8-342-233-01-82.

2.3. Обеспечить предоставление схемы анализа работы по первичной вакцинации БЦЖ детей первого года жизни согласно приложению 7 и отчета по результатам профилактических осмотров с применением туберкулинодиагностики и диаскинтеста согласно приложению 8 ежемесячно до 10 числа месяца следующего за отчетным периодом по электронной почте: permftiziodet@mail.ru.

3. Главному внештатному специалисту-эксперту фтизиатру Министерства здравоохранения Пермского края В.В. Рейхардту обеспечить мониторинг всех случаев возникновения туберкулёза, анализ причин возникновения случаев туберкулёза и полноту охвата профилактическими осмотрами на туберкулёз детей и подростков в Пермском крае с ежеквартальным предоставлением данных в Министерство здравоохранения Пермского края.

4. Контроль за исполнением приказа возложить на заместителей министра здравоохранения Пермского края Чудинову Л.Н. и Штэфана П.В.

И.о. министра



В.П. Плотников

Приложение 1
к приказу Министерства
здравоохранения Пермского края
от _____ № _____

ПОРЯДОК РЕГИСТРАЦИИ СЛУЧАЯ АКТИВНОГО ТУБЕРКУЛЁЗА

1. Регистрация случая активного туберкулёза впервые в жизни установленного, в том числе посмертно и случаев рецидива туберкулёза осуществляется на центральной врачебной контрольной комиссии (ЦВКК) ГБУЗ ПК «ПКД «Фтизиопульмонология» действующей в соответствии с приказом Минздрава России от 21.03.2003г. № 109 «О совершенствовании противотуберкулёзных мероприятиях в Российской Федерации» и положения о Центральной врачебной комиссии, приложение 1 приказа главного врача ГБУЗ ПК «ПКД «Фтизиопульмонология» от 14.01.2016 г. № 21.
2. Статистическая регистрация случая активного туберкулёза впервые в жизни установленного, в том числе посмертно и случая рецидива туберкулёза осуществляется по месту фактического проживания больного по данному адресу в течении 6 месяцев и более. В случае проживания больного по данному адресу менее 6 месяцев регистрация случая активного туберкулёза осуществляется по предыдущему месту жительства.
3. Разбор случая активного туберкулёза впервые в жизни установленного, в том числе посмертно и случая рецидива туберкулёза должен осуществляться в медицинской организации на территории которой зарегистрирован случай активного туберкулёза и осуществлено прикрепление больного, согласно РИАМС «ПроМед».

Приложение 2
к приказу Министерства
здравоохранения Пермского края
от _____ № _____

АКТ
РАЗБОРА СЛУЧАЯ ЗАБОЛЕВАНИЯ АКТИВНЫМ ТУБЕРКУЛЕЗОМ
РЕБЕНКА ИЛИ ПОДРОСТКА

1. Ф.И.О. ребенка или подростка _____
2. Дата рождения _____
3. Адрес места жительства _____
Прикрепление к медицинской организации согласно РИАМС «ПроМед» _____
4. Какое детское учреждение ребенок посещает, не посещает _____
5. Сведения о вакцинации и ревакцинации БЦЖ (БЦЖ-М) с указанием даты проведения _____
6. Размеры рубчиков на месте введения вакцины БЦЖ (БЦЖ-М) (мм) _____
7. При отсутствии вакцинации или ревакцинации БЦЖ (БЦЖ-М) или позднем проведении указать причину медицинских отводов _____
8. Сведения о физическом развитии ребенка или подростка до заболевания туберкулезом, о перенесенных заболеваниях в прошлом _____
9. Сведения о составе семьи, с указанием даты и результата последнего флюорографического обследования взрослого окружения ребёнка _____
10. Наличие контакта с больным туберкулезом (семейный, квартирный, родственник) _____
Дата выявления контакта и взятия на диспансерный учет по контакту _____
Продолжительность контакта _____
11. Диагноз у больного, с которым контактировал ребенок или подросток, при наличии у него бацилловыделения – указать чувствительность МБТ к АБП _____

12. Дата и объем проведенного обследования ребенка или подростка по контакту с больным туберкулезом с указанием результата:

Дата	Обзорная рентгенография	Срединная томограмма	КТ органов грудной клетки	Реакция Манту	Диаскинтест	Клинические анализы

13. Дата назначения профилактического лечения по контакту при взятии на учет, препарат, которым проводилось лечение, сроки курсов химиопрофилактики, место их проведения, метод контроля лечения при проведении его амбулаторно:

14. Изоляция из очага туберкулезной инфекции (в санаторий, санаторную школу - интернат), сроки изоляции

15. Динамика туберкулиновых проб, начиная с 12-месячного возраста (даты, результат):

Проба Манту	Диаскинтест

16. Дата выявления выража туберкулиновых проб, нарастания чувствительности к туберкулину или гиперпробы

17. Дата обследования по выражу, гиперпробе или нарастанию чувствительности к туберкулину, его объем, место проведения

Дата	Обзорная рентгенография	Срединная томограмма	КТ органов грудной клетки	Реакция Манту	Диаскинтест	Клинические анализы

18. Дата начала химиопрофилактики по выражу, гиперпробе или нарастанию чувствительности к туберкулину, препарат, срок лечения, место проведения, контроль лечения при амбулаторном его проведении

19. Регулярность и сроки обследования флюорографическим методом, начиная с 15-летнего возраста, результаты проведенного обследования _____

20. При выявлении заболевания флюорографическим методом указать сроки, место и методы проведенного дообследования _____

21. Дата выявления заболевания туберкулезом, метод выявления (при профосмотре, при обращении) _____
22. Диагноз заболевания туберкулезом (по классификации) _____

23. Дата и место госпитализации больного туберкулезом ребенка или подростка _____

24. Причина заболевания туберкулезом ребенка или подростка _____

25. Дата разбора случая заболевания туберкулезом _____

26. Подписи:
- Заместитель главного врача по медицинской части _____
 - Фтизиатр _____
 - Эпидемиолог _____

Приложение 3
к приказу Министерства
здравоохранения Пермского края
от _____ № _____

АКТ
РАЗБОРА СЛУЧАЯ НЕСВОЕВРЕМЕННОГО ВЫЯВЛЕНИЯ ТУБЕРКУЛЁЗА

1. ФИО больного _____
2. Дата рождения _____
3. Адрес регистрации _____
4. Адрес фактического места жительства _____
5. Прикрепление к медицинской организации согласно РИАМС «ПроМед» _____
6. В какие медицинские организации обращался в течение года до выявления туберкулёза _____
7. Дата первого обращения за медицинской помощью _____
8. Обстоятельства, при которых выявлено заболевание _____
9. Дата направления к фтизиатру _____
10. Дата явки к фтизиатру _____
11. Дата установления диагноза туберкулеза на ЦВКК _____
12. Диагноз туберкулеза _____
13. Диагноз сопутствующих заболеваний _____
14. Состоял ли на диспансерном учете по поводу заболеваний группы риска: да / нет (ХОБЛ, язвенной болезни желудка и двенадцатиперстной кишки, сахарного диабета, алкоголизма, наркомании), с какого времени _____
15. При наличии ВИЧ-инфекции:
Иммуноблот (номер, дата)
Количество СД 4 (дата)
Вирусная нагрузка (число копий, дата)
АРВТ (получал, отказ, не назначалась, не показана)
Химиопрофилактика туберкулёза (проводилась, не проводилась)
16. Состоял ли на диспансерном учете у фтизиатра как контактный: да / нет
Характер контакта _____

17. Дата предшествующего выявлению туберкулеза профилактического рентгенофлюорографического обследования: № ФГ _____, дата _____

18. Нуждался ли в дообследовании: да / нет

19. Дообследование не проведено по причине: пропуск патологии, не вызван на дообследование, неявка на дообследование.

20. Оценка выполнения клинического минимума обследования на туберкулез в период предшествующего выявлению туберкулеза обращения за медицинской помощью:

- проведено рентгенофлюорографическое обследование: да / нет
- проведено исследование мокроты на микобактерии туберкулеза: да / нет
- проведена при наличии показаний, консультация фтизиатра: да / нет

21. Причина позднего выявления случая заболевания туберкулезом

1. Отсутствие ФГ более 2 лет

1 А. Нет ФГ более 1 года у лиц из группы риска

2. Пропуск патологии по ФГ

2 А. Не вызван на рентгенологическое дообследование после ФГ

2 Б. Неявка на рентгенологическое дообследование после ФГ

3. Не соблюдение клинического минимума обследования на туберкулез

4. Особенности течения туберкулеза

Подпись фтизиатра _____

Дата написания акта _____

Случай разобран в _____
(название медицинской организации)

Подпись руководителя медицинской организации _____ / _____

Дата направления акта в ГБУЗ ПК «ПКД «Фтизиопульмонология» _____

Приложение 4
к приказу Министерства
здравоохранения Пермского края
от _____ № _____

АКТ

РАЗБОРА СЛУЧАЯ РАННЕГО РЕЦИДИВА ТУБЕРКУЛЁЗА

1. ФИО больного _____
2. Дата рождения _____
3. Адрес регистрации _____
4. Адрес фактического места жительства _____
5. Прикрепление к медицинской организации согласно РИАМС «ПроМед» _____
6. В какой медицинской организации наблюдается у фтизиатра _____
7. Дата взятия на диспансерный учёт по туберкулезу, первичный диагноз, данные о бактериовыделении и лекарственной устойчивости

8. Лечение по основному курсу по _____
(указать режим ХТ)
стационарное лечение _____
(длительность в месяцах)
санаторное лечение _____
(длительность в месяцах)
амбулаторное лечение _____
(длительность в месяцах)
оперативное лечение _____
перерывы в лечении _____
9. Общее количество принятых доз противотуберкулёзных препаратов

10. Дата перевода в III ГДУ, № ЦВКК или ВК и диагноз _____

11. Наблюдение по III ГДУ

R-обследование (дата)	Исследование мокроты (дата)	П/рецидивное лечение (даты, препараты, кол-во доз)

12. Состоит ли на диспансерном учете по поводу заболеваний группы риска: да / нет (ХОБЛ, язвенной болезни желудка и двенадцатиперстной кишки, сахарного диабета, алкоголизма, наркомании), с какого времени

13. При наличии ВИЧ-инфекции:

Иммуноблот (номер, дата)

Количество СД 4 (дата)

Вирусная нагрузка (число копий, дата)

АРВТ (получал, отказ, не назначалась, не показана)

14. Контакт с больным туберкулёзом (с указанием диагноза больного, данных о бактериовыделении и лекарственной устойчивости, периодичность и продолжительность контакта)

15. Причина развития раннего рецидива туберкулёза:

Подпись фтизиатра _____

Дата написания акта _____

Случай разобран в _____
(название медицинской организации)

Подпись руководителя медицинской организации _____ / _____

Дата направления акта в ГБУЗ ПК «ПКД «Фтизиопульмонология» _____

Приложение 5
к приказу Министерства
здравоохранения Пермского края
от _____ № _____

АКТ
РАЗБОРА СЛУЧАЯ ПОЗДНЕГО РЕЦИДИВА ТУБЕРКУЛЁЗА

1. ФИО больного _____
2. Дата рождения _____
3. Адрес регистрации _____
4. Адрес фактического места жительства _____
5. Прикрепление к медицинской организации согласно РИАМС «ПроМед» _____
6. Дата взятия на ДУ по туберкулезу, первичный диагноз, данные о бактериовыделении и лекарственной устойчивости _____

7. Дата перевода в III ГДУ _____
8. Дата снятия с диспансерного учёта _____
9. Остаточные изменения в виде _____

10. В какие медицинские организации обращался в течение года до выявления рецидива _____

11. Дата первого обращения за медицинской помощью _____
(при выявлении позднего рецидива)
12. Обстоятельства, при которых выявлено заболевание (поздний рецидив) _____

13. Дата направления к фтизиатру _____
14. Дата явки к фтизиатру _____
15. Дата установления диагноза позднего рецидива туберкулеза на ЦВКК _____
16. Диагноз позднего рецидива туберкулеза _____

17. Данные о бактериовыделении и лекарственной устойчивости _____

18. Диагноз сопутствующих заболеваний _____

19. Состоял ли на диспансерном учете по поводу заболеваний группы риска: да / нет
(ХОБЛ, язвенной болезни желудка и двенадцатиперстной кишки, сахарного диабета, алкоголизма, наркомании), с какого времени

20. При наличии ВИЧ-инфекции:

Иммуноблот (номер, дата)

Количество СД 4 (дата)

Вирусная нагрузка (число копий, дата)

АРВТ (получал, отказ, не назначалась, не показана)

21. Контакт с больным туберкулёзом (с указанием диагноза больного, данных о бактериовыделении и лекарственной устойчивости, периодичность и продолжительность контакта) _____

22. Состоял ли на диспансерном учете у фтизиатра как контактный: да / нет

23. Дата предшествующего выявлению рецидива туберкулеза профилактического рентгенофлюорографического обследования: № ФГ _____, дата _____

24. Нуждался ли в дообследовании: да / нет

25. Причина развития позднего рецидива туберкулёза _____

Подпись фтизиатра _____

Дата написания акта _____

Случай разобран в _____
(название медицинской организации)

Подпись руководителя медицинской организации _____ / _____

Дата направления акта в ГБУЗ ПК «ПКД «Фтизиопульмонология» _____

Приложение 6
к приказу Министерства
здравоохранения Пермского края
от _____ № _____

**АКТ
РАЗБОРА СЛУЧАЯ СМЕРТИ ОТ ТУБЕРКУЛЁЗА**

1. Фамилия, имя, отчество _____
2. Дата рождения _____
3. Адрес регистрации _____
Адрес фактического места жительства _____
4. Прикрепление к медицинской организации согласно РИАМС «ПроМед» _____
5. Социальный статус (работающий, неработающий, пенсионер, инвалид _____ группы по туберкулёзу с _____ года, инвалид _____ группы по общему заболеванию)
6. Дата смерти _____
7. Место смерти _____
8. Данные о вскрытии (дата аутопсии, фамилия и должность врача) _____
9. Отдел ЗАГС, выдавший свидетельство о смерти, номер актовой записи _____
10. Контакт с больными туберкулёзом (семейный, бытовой, производственный)
Дата взятия на ДУ по контакту _____
11. Заболевания «группы риска» по туберкулёзу: диагноз, дата взятия на диспансерный учёт специалистом по поводу заболевания «группы риска», динамика наблюдения

При наличии ВИЧ-инфекции:

Иммуноблот (номер, дата)

Количество СД 4 к моменту смерти (дата)

Вирусная нагрузка (число копий, дата)

Стадия ВИЧ-инфекции к моменту смерти

АРВТ (получал, отказ, не назначалась, не показана)

12. История развития заболевания (для умерших до года лечения и неизвестных диспансеру)

12.1. Данные о прохождении флюорографии (даты и номера флюорокадров) до выявления туберкулёза. Ретроспективная оценка рентгенологического архива.

12.2. Выявление туберкулёза – активное

при обращении (указать дату первого обращения)

12.3. Все обращения в медицинские организации по годам; развитие симптомов заболевания; мероприятия, предпринятые пациентом; лечение, назначенное специалистом; сроки лечения; контрольное обследование; направление на консультацию к фтизиатру; обследование и утверждение диагноза в противотуберкулёзном стационаре.

12.4. Длительность и место госпитализации

12.5. Диагноз туберкулёза, дата взятия на диспансерный учёт, номер ЦВКК

12.6. Патологоанатомический диагноз

13. Причина позднего выявления туберкулёза:

13.1. не обследовался на туберкулёз более 2 лет;

13.2. пропуск патологии при предыдущем флюорографическом обследовании;

13.3. неправильная интерпретация данных;

13.4. не был дообследован;

13.5. не обращался за медицинской помощью;

13.6. обратился за медицинской помощью через три и более месяца после появления выраженной клинической симптоматики;

13.7. наблюдался в общей лечебной сети более трех месяцев после выявления симптомов туберкулёза без направления на консультацию к фтизиатру;

13.8. ошибка фтизиатра при постановке диагноза;

13.9. другая (указать)

14. История развития заболевания (для умерших из контингентов)

14.1. Дата взятия на учёт, диагноз при взятии на учёт

14.2 Основные этапы в лечении (дата)

- рубцевание полости

- абациллирование

- прогрессирование

- перевод в II А ГДУ

- перевод во II Б ГДУ

- перевод в III ГДУ

- снят с диспансерного учёта

- рецидив

При выявлении рецидива указать кратность обследования при наблюдении по III ГДУ и проведение курсов противорецидивного лечения

14.3. Длительность госпитализаций, санаторное и амбулаторное лечение, обследование за последний год

14.4 Оперативное лечение туберкулёза и данные о консультации фтизиохирурга

14.5. Диагноз и группа диспансерного учёта к моменту смерти

14.6. Патологоанатомический диагноз

15. Сведения о бактериовыделении
Бактериоскопия

Посев

16. Спектр лекарственной устойчивости (у лиц из контингентов указать год развития ЛУ)

17. Причины прогрессирования туберкулёза:

17.1. недостаток основных противотуберкулёзных препаратов;

17.2. недостаток резервных противотуберкулёзных препаратов;

17.3. недостаток медикаментов для лечения осложнений туберкулёза или сопутствующей патологии;

17.4. позднее направление на хирургическое лечение;

17.5. отказ больного от хирургического лечения;

- 17.6. отказ больного от госпитализации;
- 17.7. выписывался из туберкулёзного стационара за нарушение режима;
- 17.8. не приходил в тубдиспансер или тубкабинет после выписки из стационара;
- 17.9. отказ от амбулаторного лечения и обследования;
- 17.10. проведение неконтролируемого лечения;
- 17.11. аллергические реакции или непереносимость основных противотуберкулёзных препаратов;
- 17.12. первичная МЛУ;
- 17.13. приобретенная вторичная МЛУ;
- 17.14. первичная полирезистентность МБТ;
- 17.15. вторичная полирезистентность МБТ;
- 17.16. не обращался в противотуберкулёзный диспансер после освобождения из МЛС более месяца;
- 17.17. другая (указать)

16. К акту приложить копию медицинского свидетельства о смерти, выписку записи акта о смерти из ЗАГСа (при наличии), выписку из стационара (при смерти в медицинской организации), протокол вскрытия, протокол разбора случая смерти от туберкулёза (для умерших до года наблюдения и неизвестных диспансеру)

Подпись фтизиатра _____

Дата написания акта _____

Случай разобран в _____
(название медицинской организации)

Подпись руководителя медицинской организации _____ / _____

Дата направления акта в ГБУЗ ПК «ПКД «Фтизиопульмонология» _____

Схема анализа работы по первичной вакцинации БЦЖ детей первого года жизни
_____ района за _____ месяц 20 _____ года

Кол-во детей родившихся за отчётный период, без умерших в первые 5 суток от рождения	Из них вакцинировано БЦЖ (БЦЖ-М)			Остались не вакцинированными БЦЖ дети рождённые предыдущего года	Из них вакцинированы БЦЖ в отчётном периоде	Остались не вакцинированными БЦЖ дети рождения прошлых лет	Из них вакцинированы БЦЖ в отчётном периоде	
	всего	в т.ч. в род.доме	БЦЖ-М					
								Остались без вакцинации БЦЖ на конец отчётного периода
			в т.ч. рождения			Прошлых лет		
			ВСЕГО			Текущего года	Предыдущего года	

[illegible]

[illegible]