

Приказ Минздрава РФ от 13 августа 2003 г. 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 здравоохранения
Российской Федерации

Ю.Л.Шевченко

ГАРАНТ: См. также отчетную [форму N 7-ТБ](#) "Сведения о впервые выявленных больных и рецидивах заболеваний туберкулезом", утвержденную [приказом](#) Минздрава РФ от 13 февраля 2004 г. N 50 и введенную в действие с 15 февраля 2004 г.

**Приложение
к приказу Минздрава РФ
от 13.08.2003 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 установленном диагнозе туберкулеза - 1, с
рецидивом туберкулеза - 2

1. Фамилия, имя, отчество _____
2. Пол: муж. - 1, жен. - 2 _____
3. Дата рождения: ____ . ____ . ____
4. Место работы, должность _____
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; неработающий
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**,
иностраный гражданин - 8, находится в учреждении
соцзащиты - 9
9. Принадлежность к декретированным группам: нет - 1, да - 2
10. Сроки предыдущего ФГ-обследования: до 1 года - 2, 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)

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; сахарный диабет - 2; ХНЗЛ - 3;
гипертоническая болезнь, ИБС - 4; язвенная болезнь желудка и 12-перстной кишки - 5;
психическое заболевание - 6; онкологическое заболевание - 7; прочее (указать,
какое) - 8 _____

20.1. Состоит на учете в наркологическом диспансере: нет - 1,
да - 2 (хронический алкоголизм, наркомания) (нужное подчеркнуть)

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

Ф.И.О. врача _____ Дата заполнения извещения __.__.____

* К иммигрантам относить лица, зарегистрированные миграционной службой.

** Нумерация приводится в соответствии с оригиналом.- Прим.ред.

*** Двойной код по МКБ-10.

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.