

Редакція:

01.08.2024

Із змінами і доповненнями, внесеними  
наказом Міністерства охорони здоров'я України  
від 1 серпня 2024 року N 1356

Найменування міністерства, іншого органу виконавчої  
влади, підприємства, установи, організації, до сфери  
управління якого (якої) належить заклад охорони  
здоров'я

Найменування та місцезнаходження (повна поштова  
адреса) закладу охорони здоров'я / ФОП, в якому  
заповнюється форма

--	--	--	--	--	--	--	--	--	--

Зазначається код за ЄДРПОУ платника податку або  
реєстраційний (обліковий) номер платника податків,  
який присвоюється  
контролюючими органами, або реєстраційний номер  
облікової картки платника податків - фізичної особи або  
серію (за наявності) та  
номер паспорта зазначають фізичні особи, які через свої  
релігійні переконання відмовляються від прийняття  
реєстраційного номера  
облікової картки платника податків та офіційно  
повідомили про це відповідний контролюючий орган і  
мають відмітку у паспорті

МЕДИЧНА ДОКУМЕНТАЦІЯ  
Форма первинної облікової  
документації  
N 027-4/о  
ЗАТВЕРДЖЕНО  
Наказ Міністерства охорони  
здоров'я України  
15 липня 2024 року N 1226

### Виписка

**з медичної картки амбулаторного (стаціонарного) пацієнта з туберкульозом ТБ 09  
(необхідне підкреслити)**

1. Заклад охорони здоров'я, з якого пацієнт переводиться / ФОП \_\_\_\_\_
2. Заклад охорони здоров'я, в який переводиться / ФОП \_\_\_\_\_
3. Прізвище, ім'я, по батькові (за наявності) пацієнта \_\_\_\_\_
4. Адреса задекларованого/зареєстрованого місця проживання (перебування), телефон \_\_\_\_\_

5. Дата народження: \_\_\_\_\_, вік: \_\_\_\_\_ (років)      6. Стать:

Ч

Ж

7. Місце проживання:

М

С

8. Реєстраційний номер

випадка

--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--

9. Номер випадка в ІС \_\_\_\_\_

10. Дата реєстрації випадка \_\_\_\_\_

11. Перебування пацієнта в закладі: на амбулаторному лікуванні з \_\_\_\_\_ до \_\_\_\_\_;  
на стаціонарному лікуванні з \_\_\_\_\_ до \_\_\_\_\_.

12. Кількість днів амбулаторного лікування пацієнта у закладі охорони здоров'я \_\_\_\_\_,  
кількість ліжко-днів \_\_\_\_\_

13. Причина виписки/переведення \_\_\_\_\_

14. Клінічний діагноз \_\_\_\_\_

15. Ускладнення основного захворювання \_\_\_\_\_

16. Супутні захворювання \_\_\_\_\_

17. Результати лабораторних досліджень при реєстрації випадку ТБ (дата, номер, результат)

17.1 МГ:GeneXpert	17.2 Мазок	17.3 Культура	17.4 Чутливість до АМБП
GeneXpertXDR/GeneType			

18. Результат рентгенівського дослідження (дата, номер, висновок)

19. Інша

інформація \_\_\_\_\_

20. Результати лабораторних досліджень при виписці (дата, номер, результат)

20.1 МГ:GeneXpert	20.2 Мазок	20.3 Культура	20.4 Чутливість до АМБП
GeneXpertXDR/GeneType			

21. Результати рентгенівського дослідження \_\_\_\_\_

22. Інша інформація \_\_\_\_\_

23. Діагноз при виписці \_\_\_\_\_

24. Ускладнення основного захворювання \_\_\_\_\_

25. Супутні захворювання \_\_\_\_\_

26. Режим лікування:

Дата початку лікування	Призначена схема лікування	Дата завершення лікування	Кількість прийнятих доз АМБП/місяців

27. Примітки: \_\_\_\_\_

28. Побічні реакції на АМБП

29. Лікування ускладнень

30. Лікування супутніх захворювань

31.1 З початку лікування N \_\_\_\_\_ з \_\_\_\_\_ до \_\_\_\_\_

31. Листок непрацездатності 31.2 Продовжений N \_\_\_\_\_ з \_\_\_\_\_ до \_\_\_\_\_

32. Дата МСЕК \_\_\_\_\_ 33. Група інвалідності \_\_\_\_\_

34. Рекомендації

\_\_\_\_\_  
П. І. Б. лікуючого лікаря

\_\_\_\_\_  
підпис

\_\_\_\_\_  
дата

\_\_\_\_\_  
П. І. Б. завідувача відділення

\_\_\_\_\_  
підпис

\_\_\_\_\_  
дата

\_\_\_\_\_  
(лінія відрізу)

Для заповнення закладом охорони здоров'я, куди переведений пацієнт  
Відправляється в заклад охорони здоров'я / ФОП, звідки переведено пацієнта

35. Прізвище, ім'я, по батькові (за наявності) пацієнта \_\_\_\_\_

36. Адреса задекларованого/zareєстрованого місця проживання (перебування),  
телефон \_\_\_\_\_

37. Дата народження: \_\_\_\_\_; вік \_\_\_\_\_.

38.

Реєстраційний  
номер випадка

--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--

Номер в ІС

--	--	--	--	--

39. Дата прибуття пацієнта до закладу охорони здоров'я / ФОП \_\_\_\_\_.

\_\_\_\_\_  
П. І. Б. лікуючого лікаря

\_\_\_\_\_  
підпис

\_\_\_\_\_  
дата

\_\_\_\_\_  
П. І. Б. завідувача відділення

\_\_\_\_\_  
підпис

\_\_\_\_\_  
дата

**В. о. директора Департаменту  
громадського здоров'я**

**Ігор ПОВОРОЗНИК**

(форма N 027-4/о із змінами, внесеними згідно з наказом  
Міністерства охорони здоров'я України від 01.08.2024 р. N 1356)

**ЗАТВЕРДЖЕНО**

Наказ Міністерства охорони здоров'я  
України  
15 липня 2024 року N 1226

Зареєстровано

в Міністерстві юстиції України  
26 липня 2024 р. за N 1138/42483

### **Інструкція**

#### **щодо заповнення форми первинної облікової документації N 027-4/о "Виписка з медичної карти амбулаторного (стаціонарного) пацієнта з туберкульозом ТБ 09"**

1. Ця Інструкція визначає порядок заповнення форми первинної облікової документації N 027-4/о "Виписка з медичної карти амбулаторного (стаціонарного) пацієнта з туберкульозом ТБ 09", затвердженої наказом Міністерства охорони здоров'я України від 15 липня 2024 року N 1226 (далі - форма ТБ 09).

(пункт 1 із змінами, внесеними згідно з наказом  
Міністерства охорони здоров'я України від 01.08.2024 р. N 1356)

2. Форма ТБ 09 друкується на аркушах формату А 4 з однієї сторони. На кожного пацієнта, що перебував на лікуванні у стаціонарі чи амбулаторно, потрібно заповнити три примірника частини до лінії відрізу форми ТБ 09. Один примірник залишається у пацієнта, що вибуває із стаціонару або закінчив амбулаторне лікування в закладі охорони здоров'я або у фізичних осіб - підприємців, які зареєстровані в установленому законом порядку та одержали ліцензію на провадження господарської діяльності з медичної практики, що забезпечують медичне обслуговування населення відповідної території (далі - ЗОЗ/ФОП), який заповнює форму. Другий примірник залишається у ЗОЗ/ФОП, який виписав пацієнта. Третій примірник направляється до ЗОЗ/ФОП, до якого переводиться пацієнт для подальшого лікування, разом з формою первинної облікової документації N 081-1/о "Медична карта лікування пацієнта з туберкульозом ТБ 01".

(пункт 2 із змінами, внесеними згідно з наказом  
Міністерства охорони здоров'я України від 01.08.2024 р. N 1356)

3. Форма ТБ 09 до лінії відрізу заповнюється фахівцями ЗОЗ/ФОП при виписці пацієнта із стаціонару, переведенні з одного ЗОЗ/ФОП до іншого або при переведенні із стаціонарного лікування на амбулаторне та навпаки.

4. Частина форми ТБ 09 того примірника, який направляється до ЗОЗ/ФОП, до якого переводиться пацієнт для подальшого лікування, після лінії відрізу заповнюється відповідальними особами ЗОЗ/ФОП, до якого був прийнятий пацієнт після переведення, та направляється до ЗОЗ/ФОП, з якого переведений пацієнт.

5. У частини форми ТБ 09 до лінії відрізу зазначається наступна інформація:

1) у пункті 1 форми ТБ 09 зазначається повне найменування / прізвище, ім'я, по батькові (за наявності) ЗОЗ/ФОП, з якого пацієнт переводиться;

(підпункт 1 пункту 5 із змінами, внесеними згідно з наказом Міністерства охорони здоров'я України від 01.08.2024 р. N 1356)

2) у пункті 2 зазначається повне найменування / прізвище, ім'я, по батькові (за наявності) ЗОЗ/ФОП, куди переводиться пацієнт для проходження подальшого лікування;

(підпункт 2 пункту 5 із змінами, внесеними згідно з наказом Міністерства охорони здоров'я України від 01.08.2024 р. N 1356)

3) у пункті 3 вказуються прізвище, ім'я та по батькові (за наявності) пацієнта;

(підпункт 3 пункту 5 із змінами, внесеними згідно з наказом Міністерства охорони здоров'я України від 01.08.2024 р. N 1356)

4) у пункті 4 зазначається адреса задекларованого/зареєстрованого місця проживання (перебування) та контактний номер телефону пацієнта;

(підпункт 4 пункту 5 із змінами, внесеними згідно з наказом Міністерства охорони здоров'я України від 01.08.2024 р. N 1356)

5) у пункті 5 зазначається дата народження пацієнта, а також його вік (кількість повних років);

6) у пункті 6 зазначається стать пацієнта: чоловіча або жіноча;

7) у пункті 7 зазначається тип населеного пункту, в якому фактично проживає пацієнт: у місті - М чи в сільській місцевості - С *(якщо пацієнт проживає у селищі міського типу, то відмітка про нього робиться як про міського жителя)*;

(підпункт 7 пункту 5 із змінами, внесеними згідно з наказом Міністерства охорони здоров'я України від 01.08.2024 р. N 1356)

8) у пункті 8 зазначається реєстраційний номер випадку, який був присвоєний випадку туберкульозу (далі - ТБ) у формі первинної облікової документації N 060-1/о "Журнал реєстрації випадків туберкульозу ТБ 02", затвердженої наказом Міністерства охорони здоров'я України від 15 липня 2024 року N 1226;

(підпункт 8 пункту 5 із змінами, внесеними згідно з наказом Міністерства охорони здоров'я України від 01.08.2024 р. N 1356)

9) у пункті 9 зазначається номер випадку з інформаційної системи "Моніторинг соціально значущих хвороб" (далі - ІС);

10) у пункті 10 зазначається дата реєстрації випадку ТБ згідно з первинною обліковою документацією за формами N 081-1/о "Медична картка лікування пацієнта з туберкульозом ТБ

01" та N 060-1/о "Журнал реєстрації випадків туберкульозу ТБ 02", затверджених наказом Міністерства охорони здоров'я України від 15 липня 2024 року N 1226;

(підпункт 10 пункту 5 із змінами, внесеними згідно з наказом Міністерства охорони здоров'я України від 01.08.2024 р. N 1356)

11) у пункті 11 зазначаються строки перебування пацієнта на стаціонарному або амбулаторному лікуванні у ЗОЗ/ФОП, фахівцями якого заповнено форму ТБ 09;

(підпункт 11 пункту 5 із змінами, внесеними згідно з наказом Міністерства охорони здоров'я України від 01.08.2024 р. N 1356)

12) у пункті 12 зазначається кількість проведених пацієнтом у ЗОЗ/ФОП ліжко-днів або днів амбулаторного лікування;

(підпункт 12 пункту 5 із змінами, внесеними згідно з наказом Міністерства охорони здоров'я України від 01.08.2024 р. N 1356)

13) у пункті 13 зазначається причина виписки пацієнта зі стаціонару чи переведення на амбулаторне лікування (закінчення основного курсу лікування, закінчення інтенсивної фази антимікобактеріальної терапії (далі - АМБТ), відбулась бактеріологічна конверсія, порушення режиму тощо);

14) у пункті 14 зазначається клінічний діагноз, який був встановлений пацієнту;

15) у пункті 15 зазначаються ускладнення основного захворювання;

16) у пункті 16 зазначаються супутні захворювання пацієнта;

17) у пункті 17 зазначаються результати лабораторних досліджень при надходженні пацієнта до ЗОЗ/ФОП при реєстрації випадку ТБ, а саме:

(абзац перший підпункту 17 пункту 5 із змінами, внесеними згідно з наказом Міністерства охорони здоров'я України від 01.08.2024 р. N 1356)

до підпункту 17.1 вносяться результати молекулярно-генетичного дослідження (GeneXpert, GeneXpertXDR/GeneType) із зазначенням дати і номера проведеного дослідження;

до підпункту 17.2 вносяться результати мікроскопічного дослідження (мазка) виділеного матеріалу із зазначенням дати і номера проведеного дослідження;

до підпункту 17.3 вносяться результати посіву виділеного матеріалу при культуральному дослідженні із зазначенням дати і номера проведеного дослідження;

до підпункту 17.4 вносяться результати чутливості до антимікобактеріальних препаратів (далі - АМБП) із зазначенням дати та методу проведення дослідження щодо всіх препаратів, до яких виявлена чутливість збудника ТБ;

(абзац п'ятий підпункту 17 пункту 5 із змінами, внесеними згідно з наказом Міністерства охорони здоров'я України від 01.08.2024 р. N 1356)

18) у пункті 18 зазначаються результати рентгенологічного дослідження, проведеного пацієнту (зазначаються дата, номер та висновок);

19) у пункті 19 зазначаються всі результати додаткових методів обстеження, туберкулінових проб та інша важлива інформація про пацієнта;

20) у пункті 20 зазначаються результати лабораторних досліджень при виписці зі стаціонару та/або при переведенні пацієнта до ЗОЗ/ФОП, а саме;

(абзац перший підпункту 20 пункту 5 із змінами, внесеними згідно з наказом Міністерства охорони здоров'я України від 01.08.2024 р. N 1356)

до підпункту 20.1 вносяться результати молекулярно-генетичного дослідження (GeneXpert, GeneXpertXDR/GeneType) із зазначенням дати і номера проведеного дослідження, а саме:

до підпункту 20.2 вносяться результати мікроскопічного дослідження виділеного матеріалу із зазначенням дати і номера проведеного дослідження;

до підпункту 20.3 вносяться результати посіву виділеного матеріалу при культуральному дослідженні із зазначенням дати і номера проведеного дослідження;

до підпункту 20.4 вносяться результати чутливості до АМБП із зазначенням дати та методу проведеного дослідження щодо всіх препаратів, до яких виявлена чутливість збудника ТБ;

21) у пункті 21 зазначаються результати рентгенівського дослідження пацієнта;

22) у пункті 22 зазначаються всі результати додаткових методів обстеження, туберкулінових проб та інша важлива інформація про пацієнта;

23) у пункті 23 зазначається діагноз при виписці;

24) у пункті 24 зазначаються ускладнення основного захворювання;

25) у пункті 25 зазначаються супутні захворювання пацієнта;

26) у пункті 26 зазначаються режими АМБТ відповідно до фази лікування (в інтенсивній фазі чи фазі продовження) та дози АМБП - лікування, що отримав пацієнт у цьому закладі;

(підпункт 26 пункту 5 із змінами, внесеними згідно з наказом Міністерства охорони здоров'я України від 01.08.2024 р. N 1356)

27) у пункті 27 зазначаються відомості про пацієнта, не вказані у вищенаведених пунктах, але мають важливе значення для лікування відповідного пацієнта;

28) у пункті 28 зазначаються побічні реакції на АМБП;

29) у пункті 29 зазначається інформація щодо лікування ускладнень основного захворювання;

30) у пункті 30 зазначається інформація щодо лікування супутніх захворювань.

31) у пункті 31 зазначаються відомості про листки тимчасової непрацездатності, видані пацієнту, а саме:

у підпункті 31.1 зазначаються номер і строк, на який видано первинний листок непрацездатності;

у пункті 31.2 зазначаються номер і строк продовженого листка непрацездатності;

32) у пункті 32 зазначається дата проходження пацієнтом огляду медико-соціальної експертної комісії (далі -МСЕК);

33) у випадку встановлення пацієнту групи інвалідності, у пункті 33 зазначається відповідна група з інформацією щодо строків її встановлення;

34) у пункті 34 наводяться рекомендації, що надаються пацієнту при виписці зі стаціонару чи переведенні на амбулаторне лікування.

6. У частині форми ТБ 09 після лінії відрізу зазначається наступна інформація:

1) частина форми ТБ 09 під лінією відрізу заповнюється у ЗОЗ/ФОП, до якого переводиться пацієнт з ТБ, в одному примірнику;

(підпункт 1 пункту 6 із змінами, внесеними згідно з наказом Міністерства охорони здоров'я України від 01.08.2024 р. N 1356)

2) у пункті 35 зазначаються прізвище, ім'я та по батькові (за наявності) пацієнта;

(підпункт 2 пункту 6 із змінами, внесеними згідно з наказом Міністерства охорони здоров'я України від 01.08.2024 р. N 1356)

3) у пункті 36 зазначаються адреса проживання та контактний номер телефону пацієнта;

4) у пункті 37 зазначаються дата народження та вік пацієнта;

5) у пункті 38 зазначається реєстраційний номер випадку, який був присвоєний даному випадку ТБ згідно форми первинної облікової документації N 060-1/о "Журнал реєстрації випадків туберкульозу ТБ 02", затвердженої наказом Міністерства охорони здоров'я України від 15 липня 2024 року N 1226 та номер випадку в ІС;

(підпункт 5 пункту 6 із змінами, внесеними згідно з наказом Міністерства охорони здоров'я України від 01.08.2024 р. N 1356)

6) у пункті 39 зазначається дата прибуття пацієнта до ЗОЗ/ФОП.

7. У кінці кожної з частин форми ТБ 09 зазначаються прізвище та ініціали відповідальних осіб ЗОЗ/ФОП, які повинні підписати відповідну частину форми ТБ 09, проставляються їх особисті підписи та дати підписання.

8. Строк зберігання обох частин форми ТБ 09 з формою первинної облікової документації N 025/о "Медична карта амбулаторного хворого" - 5 років з дати заповнення форми ТБ 09.

**В. о. директора Департаменту  
громадського здоров'я**

**Ігор ПОВОРІЗНИК**