



Фр: Баронбаева Терича Малмакановна

О.м.с 10712199500265 Т.к.м 0703978282

Мерсаева: Дослимова Вафа Фаришатовна

О.м.с - 11408199300311 Т.к.м: 0554606467

НАЦИОНАЛЬНАЯ ПРОГРАММА БОРЬБЫ С ТУБЕРКУЛЕЗОМ

ФОРМА ТБ 01

Информация о лечащем враче:

ФИО	Абдурашимов	ОЗ	004605.40	с	08   08   23	По	21   10   23
ФИО	Алимова Д	ОЗ	Ф10	с	24   10   23	По	29   01   24
ФИО	Алимова Ф	ОЗ	Ф10	с	31   01   24	По	
ФИО		ОЗ		с		По	
ФИО		ОЗ		с		По	
ФИО		ОЗ		с		По	
ФИО		ОЗ		с		По	
ФИО		ОЗ		с		По	

1. Информация о больном  
(включить в регистрационную карту)

Инв. номер больного: 09.01.23 144  
 Дата регистрации: 08.09.23  
 Номер эпид. извещения: 4667  
 ФИО: Сасурова Мухомур Ломотбековна  
 Дата рождения: 01.12.1995  
 Возраст: 27  
 Гражданин КР. Да  Нет  Неизвестно

Место работы (учебы)/должность: не работает  
 Адрес фактического проживания: Область \_\_\_\_\_ Район/Город: Уч  
 Паспортный пункт: Улица: А. Шакирова Дом: 108 Квартира: 80  
 Прописка: г. Уч, ул. А. Шакирова 108-13а-87  
 Выявление: Дата появления первых симптомов: 08.09.23  
 Дата обращения в ОЗ: 08.09.23  
 Место выявления: ГМСП  ПТО   
 Обстоятельство выявления: Обращения с жалобами  Профосмотр  Посмертное   
 Городской  Сельский

2. Исследования и контроль лечения

Дата	Код лаб.	Посев Левенштейна-Йенсена					ТЛЧ Левенштейна-Йенсена																
		Дата сбора	Дата рез.	Рез-т	Код лаб.	Лаб. №	Дата сбора	Дата рез.	Лfx	H	R	E	Z	Km	Pto	Am	Cm	Mfx 0.25	Mfx 1.0	Bda	Ctz	Dim	Lzd
		X	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X
07.09	570260	07.09	05.10	st	570260																		
07.09	570260	07.09	18.09	nat	570260			S	S	S	S	S											
06.10	607560																						
28.11	662816																						
18.12	095570																						
16.01	720887																						

part-MTB:RIF

Дата	Код лаб. / Лаб. номер	ДНК комплекс			Устойчивость к RIF		
		Выявлена	Не выявлена	Нет результата	Выявлено	Не выявлено	Неопределенный результат
8.09.23	570260		✓				

по Type MTBDRplus / GenoType MTBDR61 (Хайн-тест к ПТП 1 и 2 ряда)

Дата	Код лаб.	МТБ комплекс			Чувствительность / устойчивость						
		Обнаружен	Не обнаружен	Не определен	H	R	Fq	Am	Km	Cm	
09	570260	✓			S	S					

3. Определение случая

1. Новый случай (НС)  3. После неэффективного лечения (НЛ)  5. Другие ранее леченные (Д)  
 2. Рецидив (Р)  4. После потери для наблюдения (ПН)  6. История предыдущего лечения неизвестна (ИИ)

\* Переведен (П)  Указать, из какого района \_\_\_\_\_ регистрационный номер \_\_\_\_\_

Случай ТБ с бактериологическим подтверждением  Случай ТБ с клинически установленным диагнозом

Устойчивость  РУ  Моно  ПЛУ  МЛУ  ШЛУ

4. Локализация заболевания (Отметить подходящую клетку)

1. Легочный (Л)  2. Внелегочный (ВЛ)

*История неэффективного лечения  
 в течение 18,0 лет в п.п. район  
 (МКБ 10) \_\_\_\_\_*

5. Режимы лечения и лекарственные схемы

Рост пациента 158 см. Вес пациента до начала лечения 56 кг. Индекс массы тела 22,93

Место проведения (ОЗ)	Лечение		Фаза		Дата начала лечения по данной схеме	Дата окончания лечения по данной схеме	
	Амб.	Стационарное	ИФ	ПФ			
							Дата госпитализации
<u>ОДЦБ</u>					<u>протонид 4 - 4 мес</u>	<u>08.08.23</u>	<u>21.10.23</u>
<u>Ор 10</u>	<input checked="" type="checkbox"/>			<input checked="" type="checkbox"/>	<u>протонид 4 - 4 мес</u>	<u>24.10.23</u>	<u>19.01.24</u>
<u>Ор 10</u>	<input checked="" type="checkbox"/>			<input checked="" type="checkbox"/>	<u>протонид 2 - 4 мес</u>	<u>21.01.24</u>	

6. Стандартные исходы лечения (указать дату и отметить один из исходов)

1. Излечен  2. Лечение завершено  3. Умер  умер от ТБ  4. Неэффективное лечение  
 Дата смерти:      /      /       от других причин:  
 5. Потерян для наблюдения  6. Результат не оценен

Дата исхода      /      /     

\* Диагноз снят а) Дата      /      /      б) Причина: \_\_\_\_\_  \* Перевод на схему лечения ПВР

Примечание: *Больная боится воевать по амбулатории  
 лучше продолжить лечение в п.п. район  
 после окончания ППР до 8.4 год*

Переведен куда (указать полный адрес): Вып. с 21/10/2023

*В.Р.*

КАРТА УЧЕТА ВЫДАЧИ ЛТП ПАЦИЕНТУ ТБ

ОЗ: ИЧСН МТД Название месяца приема октябрь Вес пациента 60 кг  
 Месяц от начала лечения: 2  
 Источник финансирования: 1. GF 2. Бюджет 3. Другой, указать ИЧСН

Источник финан-я	Наименование противотуберкулезных препаратов							Примечание		
	HRZE	HRZ	H	R	E	Z	HR			
Дозировка (мг)										
Срок годности										
Всего получено на курс лечения (табл., флаконы)										
Количество флаконов, табл. на разовый прием										
Остаток препаратов после выдачи (флаконы, табл.)								Подпись пациента	Подпись мед. раб.	Примечание
Число месяца										
1										
2										
3										
4										
5										
6										
7										
8										
9										
10										
11										
12										
13										
14										
15										
16										
17										
18										
19										
20										
21										
22										
23										
24	4									
25	0									
26	36									
27	32									
28	28									
29	24									
30	20									
31	16									

Примечание: \_\_\_\_\_  
 \_\_\_\_\_  
 \_\_\_\_\_

КАРТА УЧЕТА ВЫДАЧИ ПТП ПАЦИЕНТУ ТБ

ОЗ: ФЦРМ №10  
 Месяц от начала лечения: 3 Название месяца приема: ноябрь Вес пациента: 60 кг  
 Источники финансирования: 1. GF 2. Бюджет 3. Другой, указать: ИЦР

Источники финансирования	Наименование противотуберкулезных препаратов							Примечание		
	HRZE	HRZ	H	R	E	Z	HR			
Дозировка (мг)										
Срок годности										
Всего получено на курс лечения (табл., флаконы)										
Количество флаконов, табл. на разовый прием										
Остаток препаратов после выдачи (флаконы, табл.)										
Число месяца	HRZE	HRZ	H	R	E	Z	HR	Подпись пациента	Подпись мед. раб.	Примечание
1	12									
2	8									
3	4									
4	0									
5	100									
6	96									
7	96									
8	93									
9	84									
10	80									
11	76									
12	72									
13	67									
14	64									
15	60									
16	56									
17	52									
18	48									
19	44									
20	40									
21	36									
22	32									
23	28									
24	24									
25	20									
26	16									
27	12									
28	8									
29	4									
30	0									
31										

Примечание:

КАРТА УЧЕТА ВЫДАЧИ ПТП ПАЦИЕНТУ ТБ

ОЗ: ФШЕНК10  
 Месяц от начала лечения: 4 Название месяца приема: декабрь Вес пациента: 60 кг  
 Источник финансирования: 1. GF 2. Бюджет 3. Другой, указать: ИУ92

Источники финансирования	Наименование противотуберкулезных препаратов							Примечание		
	HRZE	HRZ	H	R	E	Z	HR			
Дозировка(мг)								<u>1400/4</u>		
Срок годности								<u>09.11</u>		
Всего получено на курс лечения (табл., флаконы)								<u>144</u>		
Количество флаконов, табл. на разовый прием								<u>4</u>		
Число месяца	Остаток препаратов после выдачи (флаконы, табл.)							Подпись пациента	Подпись мед. раб.	Примечание
	1									
2								<u>116</u>		
3								<u>112</u>		
4								<u>108</u>		
5								<u>104</u>		
6								<u>100</u>		
7								<u>96</u>		
8								<u>92</u>		
9								<u>88</u>		
10								<u>84</u>		
11								<u>80</u>		
12								<u>76</u>		
13								<u>72</u>		
14								<u>68</u>		
15								<u>64</u>		
16								<u>60</u>		
17								<u>56</u>		
18								<u>52</u>		
19								<u>48</u>		
20								<u>44</u>		
21								<u>40</u>		
22								<u>36</u>		
23								<u>32</u>		
24								<u>28</u>		
25								<u>24</u>		
26								<u>20</u>		
27								<u>16</u>		
28								<u>12</u>		
29								<u>8</u>		
30								<u>4</u>		
31								<u>0</u>		

Примечание: \_\_\_\_\_  
 \_\_\_\_\_  
 \_\_\_\_\_

*дети К10*  
КАРТА УЧЕТА ВЫДАЧИ ПТП ПАЦИЕНТУ ТВ

ИФ *60*  
Меди от начала лечения *3*  
История диспансеризации: 1.GF 2.Бюджет 3. Другой, указать *Выезд Вас пациента*  
ИФ *НУД*

Итого месяца	HRZE	HRZ	H	R	E	Z	HR	Наименование противотуберкулезных препаратов	Примечание
Всего получено на курс лечения (табл., флаконы)									
Количество флаконов, табл. на разовый прием									
Остаток препаратов после выдачи (флаконы, табл.)									
1									
2									
3									
4									
5									
6									
7									
8									
9									
10									
11									
12									
13									
14									
15									
16									
17									
18									
19									
20									
21									
22									
23									
24									
25									
26									
27									
28									
29									
30									
31									

Примечание:



КАРТА УЧЕТА ВЫДАЧИ ЛТП ПАЦИЕНТУ ТБ

ОЗ: ФЦМ №10  
 Месяц от начала лечения: 6  
 Источник финансирования: 1. GF 2. Бюджет 3. Другой, указать  
 Название месяца приема: февраль Вес пациента: 60 кг  
 Примечание: лежит

Источник финан-я	Наименование противотуберкулезных препаратов							HR	Дозировка(мг)	Срок годности	Примечание	
	HRZE	HRZ	H	R	E	Z	HR					
								<u>Изониазид</u>				
								<u>100</u> <u>100</u> <u>10</u>				
Всего получено на курс лечения (табл., флаконы)												
<u>116</u>												
Количество флаконов, табл. на разовый прием												
<u>4</u>												
Остаток препаратов после выдачи (флаконы, табл.)												
Число месяца										Подпись пациента	Подпись мед. раб.	Примечание
1								<u>112</u>				
2								<u>107</u>				
3								<u>104</u>				
4								<u>100</u>				
5								<u>96</u>				
6								<u>92</u>				
7								<u>88</u>				
8								<u>84</u>				
9								<u>80</u>				
10								<u>76</u>				
11								<u>72</u>				
12								<u>68</u>				
13								<u>64</u>				
14								<u>60</u>				
15								<u>56</u>				
16								<u>52</u>				
17								<u>48</u>				
18								<u>44</u>				
19								<u>40</u>				
20								<u>36</u>				
21								<u>32</u>				
22								<u>28</u>				
23								<u>24</u>				
24								<u>20</u>				
25								<u>16</u>				
26								<u>12</u>				
27								<u>8</u>				
28								<u>10</u>				
29								<u>10</u>				
30								<u>8</u>				
31												

Примечание:

Лист контроля приема противотуберкулезных препаратов (ПТП)

Фамилия пациента Вещунов Дата лечения с 08.01.13 по 1

Масса (кг) = 60 Название месяца декабрь Месяц лечения: 6 ОЗ: ИЗУЖ П12

Источник финансирования:  Гос. бюджет  ГФ  Другие: ИУД

ПТП (количество, аббревиатура, форма выпуска)	Месяц																															Дозы по плану	Дозы по факту
	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10	11	12	13	14	15	16	17	18	19	20	21	22	23	24	25	26	27	28	29	30	31		
<u>ИЗУЖ-4</u>	+	+	+	+	+	+	+	+	+	+	+	+	+	+	+	+	+	+	+	+	+	+	+	+	+	+	+	+	+	+	+	+	

Комментарии

Масса (кг) = 60 Название месяца январь Месяц лечения: 7 ОЗ: ИЗУЖ П12

Источник финансирования:  Гос. бюджет  ГФ  Другие: ИУД

ПТП (количество, аббревиатура, форма выпуска)	Месяц																															Дозы по плану	Дозы по факту
	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10	11	12	13	14	15	16	17	18	19	20	21	22	23	24	25	26	27	28	29	30	31		
<u>ИЗУЖ-4</u>	+	+	+	+	+	+	+	+	+	+	+	+	+	+	+	+	+	+	+	+	+	+	+	+	+	+	+	+	+	+	+		

Комментарии

Масса (кг) = \_\_\_\_\_ Название месяца \_\_\_\_\_ Месяц лечения: \_\_\_\_\_ ОЗ: \_\_\_\_\_

Источник финансирования:  Гос. бюджет  ГФ  Другие: \_\_\_\_\_

ПТП (количество, аббревиатура, форма выпуска)	Месяц																															Дозы по плану	Дозы по факту
	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10	11	12	13	14	15	16	17	18	19	20	21	22	23	24	25	26	27	28	29	30	31		

Комментарии

Масса (кг) = \_\_\_\_\_ Название месяца \_\_\_\_\_ Месяц лечения: \_\_\_\_\_ ОЗ: \_\_\_\_\_

Источник финансирования:  Гос. бюджет  ГФ  Другие: \_\_\_\_\_

ПТП (количество, аббревиатура, форма выпуска)	Месяц																															Дозы по плану	Дозы по факту
	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10	11	12	13	14	15	16	17	18	19	20	21	22	23	24	25	26	27	28	29	30	31		

Комментарии

Масса (кг) = \_\_\_\_\_ Название месяца \_\_\_\_\_ Месяц лечения: \_\_\_\_\_ ОЗ: \_\_\_\_\_

Источник финансирования:  Гос. бюджет  ГФ  Другие: \_\_\_\_\_

ПТП (количество, аббревиатура, форма выпуска)	Месяц																															Дозы по плану	Дозы по факту
	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10	11	12	13	14	15	16	17	18	19	20	21	22	23	24	25	26	27	28	29	30	31		

Комментарии

Отметки в клетках: V = контролируемый прием; N = неконтролируемый прием; 0 = не принимал препараты; / = принята неполная доза ПТП; П = доза принята под контролем обслуживающего помощника; + = доза принята под контролем Видео ВОТ

КР  
2 г.

*СКУРДИ К10*

КАРТА УЧЕТА ВЫДАЧИ ЛТП ПАЦИЕНТУ ТБ

Месяц от начала лечения: 7 Название месяца приема: Июль Возраст пациента: 60 лет  
 Источник финансирования: 1. GF 2. Бюджет 3. Другой, указать: ИЦР

Источники финансирования	Наименование противотуберкулезных препаратов						Примечание
	HRZE	HRZ	H	R	E	Z	
Застойные							
Финанс-я							
Доли							
Срок годности							
Всего получено на курс лечения (табл., флаконы)							
Количество флаконов, табл. на разовый прием							
Остаток препаратов после выдачи (флаконы, табл.)							
Число месяца							Подпись пациента
1						100	
2						111	
3						112	
4						108	
5						104	
6						100	
7						98	
8						96	
9						89	
10						87	
11						80	
12						76	
13						72	
14						68	
15						64	
16						60	
17						56	
18						52	
19						48	
20						44	
21							
22							
23							
24							
25							
26							
27							
28							
29							
30							
31							

Примечание: \_\_\_\_\_



Сводная таблица по приему разовой дозы ПТП (одна линия на месяц)

Месяц/день	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10	11	12	13	14	15	16	17	18	19	20	21	22	23	24	25	26	27	28	29	30	31	Всего доз по плану	Всего доз по факту	Кол-во пропущенных доз	Масса тела (кг)						
Интенсивная фаза																																									
сентябрь																																			23	23		56			
октябрь	✓	✓	✓	✓	✓	✓	✓	✓	✓	✓	✓	✓	✓	✓	✓	✓	✓	✓	✓	✓	✓	✓	✓	✓	✓	✓	✓	✓	✓	✓	✓	✓	✓	✓	31	31		60			
ноябрь	+	+	+	+	+	+	+	+	+	+	+	+	+	+	+	+	+	+	+	+	+	+	+	+	+	+	+	+	+	+	+	+	+	+	30	30		60			
декабрь	+	+	+	+	+	+	+	+	+	+	+	+	+	+	+	+	+	+	+	+	+	+	+	+	+	+	+	+	+	+	+	+	+	+	31	31					
январь	+	+	+	+	+	+	+	+	+	+	+	+	+	+	+	+	+	+	+	+	+	+	+	+	+	+	+	+	+	+	+	+	+	+	31	31					
																																				56	140				
Поддерживающая фаза																																									
февраль																																				1			60		
март	+	+	+	+	+	+	+	+	+	+	+	+	+	+	+	+	+	+	+	+	+	+	+	+	+	+	+	+	+	+	+	+	+	+	+	29	29		60		
апрель	+	+	+	+	+	+	+	+	+	+	+	+	+	+	+	+	+	+	+	+	+	+	+	+	+	+	+	+	+	+	+	+	+	+	+	31					
май																																					30				
																																					21				
																																						110			

Отметки в клетках: V = контролируемый прием; N = неконтролируемый прием; 0 = больной не принимал препараты; / = принята неполная доза ПТП; П = доза принята под контролем общественного помощника; + = доза принята под контролем Видео DOT



Министерство здравоохранения Кыргызской Республики

ФОРМА ТБ 04-1

Наименование организации здравоохранения

Утверждена приказом МЗ КР

№ \_\_\_\_\_ от \_\_\_\_\_ 2018 г.

Регистрационный номер: 04/01/23\_1\_144

Факторы риска и влияния на результаты лечения

1. Факторы риска

<input type="checkbox"/> 1. Контактный <input type="checkbox"/> 1.1. в т.ч. контактный с РИМПЛУШУ-ТБ	<input type="checkbox"/> 2. Курение	<input type="checkbox"/> 3. Злоупотребление алкоголем	<input type="checkbox"/> 4. Потребление наркотиков ЗМТ: <input type="checkbox"/> Да <input type="checkbox"/> Нет Если Да, дата _____	<input type="checkbox"/> 5. БОМЖ
<input type="checkbox"/> 6. Работник ПТО	<input type="checkbox"/> 7. Работник ОЛС	<input checked="" type="checkbox"/> 8. Безработный	<input type="checkbox"/> 9. Заключенный, в т.ч. бывший заключенный	<input type="checkbox"/> 10. Сопутствующее заболевание <input type="checkbox"/> 10.1. в т.ч. сахарный диабет
<input type="checkbox"/> 11. Внешний мигрант Дата приезда / / Откуда _____		<input type="checkbox"/> 12. Внутренний мигрант Дата приезда / / Откуда _____		

2. Мероприятия по В.20.0

1 В.20.0 (1/20)		2 АРТ		3 ППК	
Дата		Дата	Да / Нет	Дата	Да / Нет
1.1	1.2	2.1	2.2	3.1	3.2
<u>1.08</u>	<u>1</u>				

Дата заполнения: 07/08/23 Ф.И.О. заполнившего форму: Абурашиев Ч Подпись: AS





76

Учетная форма №025/У  
Утверждено приказом МЗ КГ  
За №447 от 07.08.2012 года

№ паспорта 10-3429942  
№, дата приписного свидетельства 10.11.1995 01208  
Идентификационный №СФ \_\_\_\_\_  
№ пенсионного удостоверения \_\_\_\_\_

Документ не подлежит выдаче на руки

### МЕДИЦИНСКАЯ КАРТА АМБУЛАТОРНОГО БОЛЬНОГО (ФОРМА № 025/У)

ЦСМ/ЦОВП <u>31</u>	ГСВ _____
Фамилия <u>Васильева</u>	Имя <u>Ирина</u>
Отчество <u>Николаевна</u>	Дата рождения <u>07.12.1995</u>
Адрес: область _____	район _____
Населенный пункт _____	улица <u>Шокирова</u>
Дом <u>708<sup>а</sup></u>	Квартира <u>3<sup>а</sup> - 80</u>
Место работы _____	
Телефон раб. <u>077715458</u> Дом _____	моб. _____

на время

находясь на территории  
земли

№ 15. Инженерная служба  
Верхней земли. Левый сектор  
в форме распадаемого  
куста с 09.09.23 по 21.10.23

назначена проверка:

методика проверки, документация  
Оценочная таблица, форма  
Исходные данные 5%, Проект  
Исходные данные 5%, Проект

В данном случае методика  
об-но: конечное состояние  
оформить

ем отделе левом  
ности с участка  
сы свободные  
не распада  
ке вернем от  
делах. Легон  
ивание

13  
10  
12

Мин  
Лаб  
Ан  
Фак  
Учр  
Ген  
Эк  
Ци  
Рес  
Тр  
Лет  
Ск  
Эри

(посетовление)

В листе дохотне безупречные результаты  
всех в анализе. Состояние хорошее.  
УСО-186 АД 110/70 мм рт.ст. пульс  
... 8/8.

Министерство здравоохранения

Dr. Барон Валерий П.

нез,  
в в орозо

Наименование учреждения

Лаборатория  
Анализ крови №

«80» И 20.13 г.

Фамилия, И.О.  
Учреждения

Душнев, Александр Иванович  
1881 года 21

возвращен  
20.13.06

	Результат	Норма единицы
Гемоглобин	120	130,0-160,0 г/л 120,0,140,0 г/л
Эритроциты	4,1	4,0-5,0 $10^{12}/л$ 3,9-4,7 $10^{12}/л$
Цветной показатель	0,8	0,85-1,05
Ретикулоциты		2-10%
Тромбоциты		180,0-320,0 $10^9/л$
Лейкоциты	5,0	4,9-9,0 $10^9/л$
Скорость (реакция) оседания эритроцитов	5	24 мм/ч 2-15 мм/ч

1. анализ докорма биологические препараты  
 2. анализ крови сыворотки и мочи  
 3. анализ мочи № 11

Лаборатория № 11

Имя И.О. Сидорова Наталья Возраст 1995

Отделение А. Шамширова Дата 2011-11-23

Место 100.0 Прозрачность с/ч

Цвет белый Реакция с/ч

Специфическая плотность 1014 Реакция на глюкозу 0

Масса тела 50.0 Реакция на кетоны 0

Билирубин 0 Уробилиноиды 0

Желтая окраска 0 Низин 0

выписан  
 из больницы  
 2011-11-23

отбогуженный  
 материал

0.5-1.0
0.000-0.001
0-1
0-0.005
10-17%
1.200-1.000
1-11%
0.000-0.001

3. Нужна ли Вам какая-либо информация (восстановление документов, продуктовые пакеты и т.д.)

1/2 месяца дожились безупречные условия  
всего в виде сего тем же самым  
№ 486 АД 110/70 или в.с. невест  
5 5/8.

18. Удобрить котилкой удобрением,  
серией до, левомелом в в.с. в  
раскалывание с.р. Риф чуба

каменное

Продолжить месяц производством  
продукта.

Получение истребление  
всего

плат. проезд	5-6
перевозки	
почтовый	3-4-4
изменчивые	
экономные	
инновационные	
стабильные	
идеальные	
и т.д.	

24027

Учурон көтөр аягы

31

8.06 Даммадугаи уок профессору  
 Ой убогоруу илем арат берсе  
 Кочотук маотт. Каммателеруу  
 про абуно икемер пармонану  
 афет уок. Кочунгуу берилеруу  
 Ачуурууруу.

учу 

УСТАНОВЛЕНИЕ ДОК...

31.10.23

Установлено в 00:45  
Семейный врач

Всего начислено 2 месяца  
или 3 от посева 30.10.

Решено от 21.10.23 + гинна...

Решение: Предложить Тройку 4-го 84...

Ср. От.

к  
наварон  
рост  
круп  
милу  
серги

07.12.23 Контракт № 00146 П.  
Иммунопр

ИИИ - 84 год \* Маг - 1+ N663216,  
РССВ - 1+ N590260.

Результатом контрольной ОТК от  
23.11.23 в период проведения и  
01.12.23 в дальнейшей практике  
" + " гарантируется

Результат: при приеме еще не  
56 год продолжилось: направлено на  
стан-ное решение в совет. Сдать  
анализ и сканом. Прислать  
предлого решения от военной  
информации и скан + скан  
Провести к. президенту  
командования.



Handwritten signature or initials.



Наименование леч. учрежд.

Код формы по ОКУД  
Код формы по ОКПО

25

Анализ №

На мочевины, остат N, креатинин

663480

Ф.И.О.

Васильева И. П.

Возраст

1999

учреждение

Отделение

палата

Дом. Адрес

107-60

Наименование анализа	Результат	Норма
Общий белок		65-85 г/л
Мочевина		2.8-8.0 ммоль/л
Остат N		13.1-24.0 ммоль/л
Креатин	75.2	47.0-120.0 мкмоль/л

Дата выдачи анализа

21.11.2023

Подпись

M

Сахар -

23.11.2023г

сания

етки в прямой от  
скопление очаговых  
й рисунок усилено  
структурные Тень  
агмальные

левого легкого в

5. Нужно ли Вам какая-либо...

Ошский областной центр борьбы с туберкулезом  
Протокол рентген описания

Ф.И.О. Ситрова Ж. 1995 г.р

На объекте Цифровой рентгенограммой органов грудной клетки в прямой от 23.11.2023 год – В верхнем отделе левого легкого имеется скопление очаговых теней в других отделах легочные поля прозрачные Легочный рисунок усилено за счет перибронхиального воспаления Корень легкого не структурные Тень сердца крупные сосуды без патология Синусы костно диафрагмальные со...

Заключение Инфильтративный туберкулез верхней доли левого легкого в фазе разрешения Признаки бронхита  
Наблюдение у фтизиатра по м/ж

врач рентгенолог: Абдурахимов. М.И

23.11.2023г



# Ошский областной центр борьбы туберкулезом

Рентген кабинет ООЦБТ

Ф.И.О Омурова Ж 29 лет г.р

На Цифровой обзорной рентгенограмме органов грудной клетке проекцией от 23.01.2024г- В верхней доле левого легкого имеются очаговые изменения в других отделах Легочные поля прозрачные Кор структурные Легочный рисунок усилено Тень сердца и крупные патология Синусы свободные

Закл :Посттуберкулезные изменения верхней доли левого легкого фиброза Признаки хронического бронхита

Наблюдение у фтизиатра по м/ж

Врач рентгенолог: Абдурахимов М.И.

Дата описаниями от 23.01.2024год

Средняя стоимость	Всего получено на курс лечения
	Количество флаконов, табл. на разовый прием
	Остаток препаратов после выдачи (флакон)
1	
2	
3	
4	
5	
6	
7	
8	
9	

Эритроциты: неизмененные \_\_\_\_\_

Лейкоциты \_\_\_\_\_

Эритроциты: незрелые \_\_\_\_\_

Лимфоциты: лимфоциты \_\_\_\_\_

Зернистые \_\_\_\_\_

Полосквидные \_\_\_\_\_

Эпителиальные \_\_\_\_\_

Слизистые \_\_\_\_\_

Средняя стоимость \_\_\_\_\_

Всего получено на курс лечения \_\_\_\_\_

Количество флаконов, табл. на разовый прием \_\_\_\_\_

Остаток препаратов после выдачи (флакон) \_\_\_\_\_

И НА БИОХИМ. АНАЛИЗ

Имя Фамилия: Ова М

Возраст: 1995

Пол: Женский

Паспорт: 108-59-21

время 20 г азотие

№	Результаты анализа	Нормы
1	Общий белок 6,9	65-85 г/л
2	Билирубин общий 12,0	3,4-20,54 мкмоль/л
3	Прямой (связанный) 0	0,82-5,3 мкмоль/л
4	Непрямой (свободный) 12,0	1,7-17,1 мкмоль/л
5	АЛТ норма 5,0	3,96-70,1 МЕ/л
6	АСТ 12 Ед 3,3	3,96-70,1 МЕ/л
	Тимолова проба 5,5	0-5
8	Остаточный азот	12,8-24,4 мкмоль/л
9	Мочевина	2,5-8,3 мкмоль/л

Исследование произвел(а) 23.01.2014

2001.24

Коллекция в 8 томах

Авторы

№ 37  
№ 36  
№ 35  
2.9.1.10  
Сот - 1

Итого стр. 74  
2 56 2 4 36

2202.74

4

состав  
состав  
состав  
по 4 томам



Осве-1011  
Сурибо  
21  
Ссакир  
О.А.  
Бодяев  
22

Кандидатура в состав  
Инициативы  
14.09.07 Мол - 2 км. в прямой  
отк от 23.01.24 в прямой  
- себе вернется после нового сезона  
закрытие (+) зимней  
перевозки под крепко и по 4 км.



## Опросник «Определение факторов риска приверженности ТБ пациента к лечению» (в начале лечения)

Дата _____	Сам(а)	Медрабо тник	Оба
Кто опрос проводил _____			
Ф.И.О. пациента _____	1	2	3

Ответы, данные Вами, будут использованы для планирования мероприятий, чтобы помочь Вам соблюдать режим лечения по месту жительства. Не отвечайте на все вопросы. Если Вы не хотите отвечать на вопрос, вычеркните его. Если вы не знаете, как ответить, обратитесь за помощью к врачу. Спасибо!

### ИНФОРМАЦИОННЫЕ ПРИЧИНЫ

Вопросы	Да	Нет
1. Уверены ли Вы, что сможете принимать все необходимые препараты ежедневно?	<input checked="" type="checkbox"/>	
2. Уверены ли Вы, что лечение положительно скажется на Вашем здоровье?	<input checked="" type="checkbox"/>	
3. Знаете ли Вы, что пропуск приема препаратов может привести к развитию устойчивости к лекарствам?		

### СОЦИАЛЬНЫЕ ПРИЧИНЫ

Вопросы	Да	Нет
4. Какой у Вас социальный статус: мигрант, БОМЖ, лицо, употребляющее наркотики, ДУИН, безработный, лицо с мест лишения свободы и др.		<input checked="" type="checkbox"/>
5. Пуждает ли Вам какая-нибудь помощь во время лечения? (возврат документов, продуктовые пакеты, транспортные расходы, юридическая консультация и др.)		<input checked="" type="checkbox"/>
6. Уверены ли Вы, что Ваши друзья или члены семьи будут оказывать поддержку в период лечения?		

### ПСИХОЛОГИЧЕСКОЕ СОСТОЯНИЕ БОЛЬНОГО

Вопросы	Да	Нет
7. Часто ли Вас беспокоили какие-либо из следующих проблем: (чувство подавленности, депрессия или безнадежности)		<input checked="" type="checkbox"/>
8. Часто ли Вас беспокоили следующие проблемы: (беспокойства, тревоги или чувство, чувство безнадежности)		<input checked="" type="checkbox"/>
9. Можете ли Вы контролировать свои чувства, эмоции (страх, гнев, волнение, раздражение, стресс, обида, апатия и др.)		<input checked="" type="checkbox"/>

### ПРИЧИНЫ, СВЯЗАННЫЕ С ИЗБЫТОЧНЫМ УПОТРЕБЛЕНИЕМ АЛКОГОЛЯ

Вопросы	Да	Нет
10. Сможете ли Вы прекратить употребление спиртного во время лечения?	<input checked="" type="checkbox"/>	
11. Были ли у Вас ситуации, когда из-за употребления алкоголя Вы не принимали препараты?		<input checked="" type="checkbox"/>