

1. Информация о больном
(включить в регистрационную карту)

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
Ф.И.О. родителей: [blank] [blank] [blank]

Пол: М Ж Дата рождения: 01.12.1995
Возраст: 27
Гражданин КР: Да Нет Неизвестно

Место работы (учебы)/должность: не работает

Адрес фактического проживания: Область [blank]
Район/Город: Уч
Почтовый индекс: [blank]
Улица: Ш. Шакирова
Дом: 108
Квартира: 80

Прописка: г. Уч, ул. Ш. 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																						

тип-МТВ: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		✓				

тип-МТВDRplus / 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
впервые выявлено в 2018 г. в р-не
г. Москва (МКБ 10) _____*

5. Режимы лечения и лекарственные схемы

Рост пациента 158 см. Вес пациента до начала лечения 56 кг. Индекс массы тела 22,43

Место проведения (ОЗ)	Лечение		Фаза		Дата начала лечения по данной схеме	Дата окончания лечения по данной схеме	
	Амб.	Стационарное		ИФ			ПФ
		Дата госпитализации	Дата выписки				
<i>001455</i>		<i>01.08.23</i>	<i>21.10.23</i>	<input checked="" type="checkbox"/>	<i>ИФЛУ-45</i>	<i>01.08.23</i>	<i>21.10.23</i>
<i>0110</i>	<input checked="" type="checkbox"/>			<input checked="" type="checkbox"/>	<i>ИФЛУ-4 - 4 мес</i>	<i>24.10.23</i>	<i>19.01.24</i>
<i>0110</i>	<input checked="" type="checkbox"/>			<input checked="" type="checkbox"/>	<i>ИФЛУ-2 - 4 мес</i>	<i>21.01.24</i>	

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: / / * Перевод на схему лечения ПВР
 б) Причина: _____

Примечание: *Больная боится воевать по амбулатории
негласно продолжает пить дозу 3х56905
может обратиться по ЖКК и решить
об продолжении ПТЛ до 8.4905*

Переведен куда (указать полный адрес): *Вып-сд с 21/10/2023г*

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 ЛТП ПАЦИЕНТУ ТБ

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

Источник финансирования	Наименование противотуберкулезных препаратов							Примечание		
	HRZE	HRZ	H	R	E	Z	HR			
Дозировка (мг)	1000	1000								
Срок годности	09.24									
Всего получено на курс лечения (табл., флаконы)										
Количество флаконов, табл. на разовый прием										
Остаток препаратов после выдачи (флаконы, табл.)										
Число месяца								Подпись пациента	Подпись мед. раб.	Примечание
1	12									
2	8									
3	4									
4	0									
5	100									
6	96									
7	96									
8	88									
9	84									
10	80									
11	76									
12	72									
13	68									
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	
	HRZE	HRZ	H	R	E	Z	HR				
1								<u>140</u>	<u>[Signature]</u>	<u>[Signature]</u>	
2								<u>136</u>			
3								<u>132</u>			
4								<u>128</u>			
5								<u>124</u>			
6								<u>120</u>			
7								<u>116</u>			
8								<u>112</u>			
9								<u>108</u>			
10								<u>104</u>			
11								<u>100</u>			
12								<u>96</u>			
13								<u>92</u>			
14								<u>88</u>	<u>[Signature]</u>		
15								<u>84</u>			
16								<u>80</u>			
17								<u>76</u>			
18								<u>72</u>			
19								<u>68</u>			
20								<u>64</u>			
21								<u>60</u>			
22								<u>56</u>			
23								<u>52</u>			
24								<u>48</u>			
25								<u>44</u>			
26								<u>40</u>			
27								<u>36</u>			
28								<u>32</u>			
29								<u>28</u>			
30								<u>24</u>			
31								<u>20</u>	<u>[Signature]</u>	<u>[Signature]</u>	

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

Источники финан-я	Наименование противотуберкулезных препаратов								Примечание		
	HRZE	HRZ	H	R	E	Z	HR				
Дози-ровка(мг)								100/50/10			
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	Подпись мед. раб.	Примечание
1								112			
2								107			
3								104			
4								100			
5								86			
6								82			
7								88			
8								84			
9								80			
10								71			
11								71			
12								77			
13								69			
14								60			
15								56			
16								52			
17								47			
18								44			
19								40			
20								36			
21								32			
22								28			
23								24			
24								20			
25								16			
26								14			
27								12			
28								10			
29								8			
30											
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 Другое: ИУП

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>	+	+	+	+	+	+	+	+	+	+	+	+	+	+	+	+	+	+	+	+	+	+	+	+	+	+	+	+	+	+	+	+	<u>28</u>	<u>28</u>

Комментарии

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

Источник финансирования: Гос. бюджет ГФ Другое: ИУП

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>	+	+	+	+	+	+	+	+	+	+	+	+	+	+	+	+	+	+	+	+	+	+	+	+	+	+	+	+	+	+	+	+	<u>31</u>	<u>31</u>

Комментарии

Масса (кг) = _____ Название месяца _____ Месяц лечения: _____ ОЗ: _____

Источник финансирования: Гос. бюджет ГФ Другое: _____

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 Другое: _____

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 Другое: _____

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 финан- сирова- ния (ИФ)	Наименование противотуберкулезных препаратов						Примечание
	HRZE	HRZ	H	R	E	Z	
Застойные							
Финан-сирова-ния (ИФ)							
Доля							
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						94	
10						92	
11						90	
12						88	
13						86	
14						84	
15						82	
16						80	
17						78	
18						76	
19						74	
20						72	
21						70	
22						68	
23						66	
24						64	
25						62	
26						60	
27						58	
28						56	
29						54	
30						52	
31						50	

Примечание: _____

Карта обследования лиц из близкого контакта с ТБ пациентом

Ф.И.О. больного Джурова

регистрационный № 020125 144 наличие устойчивости

РУ/МЛУ/ШЛУ

№	Ф.И.О.	Степень родства	Дата рождения	Симптомы ТБ (лет)	Результаты обследования									Полное или частичное обследование	Получил ли профилактику	Заболел ли ТБ, дата установления диагноза	Примечание		
					Проба Манту		Р/фр-г. органов гр. клетки		Микроскопия мазка мокроты			Спектрос							
					Дата	Результат	Дата	Результат	Дата	№	Результат	Дата	№					Результат	
А	1	2	3	4	5	5.1	6	6.1	7	7.1	7.2	8	8.1	8.2	9	10	11	12	
1.	Телембабулу Мурсатаи	сестра	27.06 1996.				12.09	б.п.											
2.	Мурсатаи уруч Суратман	близкая	08.10 1981.		12.09.23	12.09.23	12.09.23	б.п.											
3.	Мурсатаи Уму Джурбаева	близкая	12.09 1987.				12.09	б.п.											
(4)	Полотбаева Закере	дочь	12.09																не обследована.

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 (1/2/0)		2 АРТ		3 ППК	
Дата		Дата	Да / Нет	Дата	Да / Нет
1.1	(1/2/0)	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^а</u>	Квартира <u>3^а - 80</u>
Место работы _____	
Телефон раб. <u>077715458</u> Дом _____	моб. _____

на время

находящаяся на территории
земли

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

назначена инженером:

методический отдел, Личный кабинет
Инженерная служба, Инженерная служба
Инженерная служба 5%, Инженерная
Инженерная служба 5%, Инженерная

В данном случае методический
об-но: Конечное состояние
сформировано

ем отделе. левый
ности с участка
сы свободные
не распада
не вернем от
делах. левый
вание

13
10
12

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

1. анализ доклада биохимического исследования
 от 18.08.86 АД. 110/70 мм рт.ст. пульс 58 x/м

г. Петропавловск 17

выписан
 от 18.08.86

Министерство здравоохранения КР	
Наименование учреждения	
Дата	18.08.86
Возраст	33
И.О. Фамилия	Сидорович Мухоморов
Отделение	А. Шаширова
Пол	м.
Цвет	белый
Прозрачность	с/ч
Специфическая плотность	1014
Реакция	
Срок	0
х-л. Глюкоза	D
Реакция на криво	
Уробилиноиды	
Низикон	

отбогуженный
 18.08.86

0-1	0-0,005
1-3	0,005-0,01
3-11	0,01-0,02
11-30	0,02-0,03
30-60	0,03-0,04
60-90	0,04-0,05
90-120	0,05-0,06
120-150	0,06-0,07
150-180	0,07-0,08
180-210	0,08-0,09
210-240	0,09-0,10
240-270	0,10-0,11
270-300	0,11-0,12
300-330	0,12-0,13
330-360	0,13-0,14
360-390	0,14-0,15
390-420	0,15-0,16
420-450	0,16-0,17
450-480	0,17-0,18
480-510	0,18-0,19
510-540	0,19-0,20
540-570	0,20-0,21
570-600	0,21-0,22
600-630	0,22-0,23
630-660	0,23-0,24
660-690	0,24-0,25
690-720	0,25-0,26
720-750	0,26-0,27
750-780	0,27-0,28
780-810	0,28-0,29
810-840	0,29-0,30
840-870	0,30-0,31
870-900	0,31-0,32
900-930	0,32-0,33
930-960	0,33-0,34
960-990	0,34-0,35
990-1020	0,35-0,36
1020-1050	0,36-0,37
1050-1080	0,37-0,38
1080-1110	0,38-0,39
1110-1140	0,39-0,40
1140-1170	0,40-0,41
1170-1200	0,41-0,42
1200-1230	0,42-0,43
1230-1260	0,43-0,44
1260-1290	0,44-0,45
1290-1320	0,45-0,46
1320-1350	0,46-0,47
1350-1380	0,47-0,48
1380-1410	0,48-0,49
1410-1440	0,49-0,50
1440-1470	0,50-0,51
1470-1500	0,51-0,52
1500-1530	0,52-0,53
1530-1560	0,53-0,54
1560-1590	0,54-0,55
1590-1620	0,55-0,56
1620-1650	0,56-0,57
1650-1680	0,57-0,58
1680-1710	0,58-0,59
1710-1740	0,59-0,60
1740-1770	0,60-0,61
1770-1800	0,61-0,62
1800-1830	0,62-0,63
1830-1860	0,63-0,64
1860-1890	0,64-0,65
1890-1920	0,65-0,66
1920-1950	0,66-0,67
1950-1980	0,67-0,68
1980-2010	0,68-0,69
2010-2040	0,69-0,70
2040-2070	0,70-0,71
2070-2100	0,71-0,72
2100-2130	0,72-0,73
2130-2160	0,73-0,74
2160-2190	0,74-0,75
2190-2220	0,75-0,76
2220-2250	0,76-0,77
2250-2280	0,77-0,78
2280-2310	0,78-0,79
2310-2340	0,79-0,80
2340-2370	0,80-0,81
2370-2400	0,81-0,82
2400-2430	0,82-0,83
2430-2460	0,83-0,84
2460-2490	0,84-0,85
2490-2520	0,85-0,86
2520-2550	0,86-0,87
2550-2580	0,87-0,88
2580-2610	0,88-0,89
2610-2640	0,89-0,90
2640-2670	0,90-0,91
2670-2700	0,91-0,92
2700-2730	0,92-0,93
2730-2760	0,93-0,94
2760-2790	0,94-0,95
2790-2820	0,95-0,96
2820-2850	0,96-0,97
2850-2880	0,97-0,98
2880-2910	0,98-0,99
2910-2940	0,99-1,00
2940-2970	1,00-1,01
2970-3000	1,01-1,02

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

1/2 месяца дожились безупречные приемы
до 19 в. 19 в. с тем же самым режимом
№ 486 АД 110/70 или в. с. невест
5 5/8.

18. Удобрить котиковой губернией,
серией до, левомелом в в. о. о. о.
раскалывание ср. Ридф чуба

каменюровые

Прародитель несли противоборство
примета.

Полное отсутствие роста
восточными

наименование	5-6
количество	4
пачечный	3-4-4
изменчивые	3
экономные	
инновационные	
стабильные	
идеальные	
и т.д.	

24027

Учурон көтөр аягы

31

1. 01 Дамнадыгылык профессиона
 ой убагында улам аягы берсе
 көчөткө маани. Көчөткө берсе
 про абына көчөткө берсе
 аягылык. Көчөткө берсе
 учурдук.

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 + гиннашма

Решение: Предложить Тройку 4-го 848

Ср. От.

к
наварон
рост
кост
милу
серти

07.12.23 Контракт № 00146 П.
Иммунолог

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

Результат контрольной ОТК от
23.11.23 в период проведения и
01.12.23 в добровольной процедуре
" + " гарантированно

Результат: 49 и прогностически еще не
56 год реконструировано: направлено на
стационар лечения в госпит. Сдать
анализы и сканеры. Прислать
предыдущий отчет от военной
информации и сканеры + сканеры
Провести к. президенту
командования.



Handwritten initials or signature.

Наименование леч. учрежд.

Код формы по ОКУД
Код формы по ОКПО

25

Анализ №

На мочевины, остат N, креатинин

663480

Ф.И.О.

Васильева И.И.

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
рагмальные

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 соотв.

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

2001.24

Коллекция в 8 томах

Авторы

№ 37
№ 36
№ 35
2.9.10
Сот. - 1000

Истор. кат. флор. СССР.
2 56 2 4 36

2202.74

4

состав
состав
состав
по 4 томам



Осве-1011
Сурибо
21
Ссакари
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)	Медработник	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. Нуждался 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, обиды, 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"/>