

.....
/ НАИМЕНОВАНИЕ НА ЛЕЧЕБНОТО ЗАВЕДЕНИЕ /

ДАННИ ЗА ПРОВЕДЕНАТА ХИМИОПРОФИЛАКТИКА С ИЗОНИАЗИД ПРЕЗ..... НА ТЕРИТОРИЯТА НА ОБЛАСТ

.....

№	Показатели	През г.
1	Брой болни с туберкулоза с положително микроскопско и/ или културелно изследване на храчка.	
2	Брой контактни на тези болни.	
3	Брой контактни на болни с туберкулоза с отрицателно микроскопско изследване на храчка.	
4	Общ брой на контактните	Ред с № (2+3)
5	О тях (от ред с № 4) брой лица с проведен кожен туберкулинов тест на Манту	
6	От тях(от ред с № 5) брой лица с латентна туберкулозна инфекция	
7	От всички контактни (от ред с № 4) обхванати с химиопрофилактика с Римицид (<i>Изониазид</i>)	
8	Брой деца от 0 до 17 години инфицирани - с хиперергичен кожен туберкулинов тест на Манту:.....	
9	От тях (от ред с №8) обхванати с химиопрофилактика с Римицид (<i>Изониазид</i>)	
10	Брой ХИВ- серопозитивни пациенти с латентна туберкулозна инфекция:.....	
11	От тях (от ред с №10) обхванати с химиопрофилактика с Римицид (<i>Изониазид</i>)	
12	Други лица обхванати с химиопрофилактика с Римицид (<i>Изониазид</i>) (напр. други извън горните с ЛТБИ)	
13	Брой лица продължаващи химиопрофилактика от минал период:*	
14	Общ брой обхванати с химиопрофилактика с Римицид (<i>Изониазид</i>)	Ред с № (7+9+11+12)
№	Показатели	Брой
1	Опаковки Изониазид (табл. 100 mg, 100 таблетки в опаковка), за химиопрофилактика, налични към 01.01..... г. (<i>текуща календарна година</i>)	
2	Получени опаковки Изониазид за химиопрофилактика презг. (<i>текуща календарна година</i>)	
3	Изразходвани опаковки <i>Изониазид</i> , предназначени за химиопрофилактика презг.	
4	Опаковки Изониазид, налични къмг.	
5	<i>Прогнозен брой опаковки Изониазид, необходими за химиопрофилактика през г.(следваща календарна година)</i>	

Забележка

* Обхванатите от минал период лица не се включват в броя обхванати тъй като са вече отчетени в предходното тримесечие.

Изготвил:

Име.....

Дата.....

Длъжност:.....

Тел. за контакт:.....

Директор/Управител:.....