



МИНИСТЕРСТВО ЗДРАВООХРАНЕНИЯ МОСКОВСКОЙ ОБЛАСТИ

РАСПОРЯЖЕНИЕ

30.09.2025 № 445-Р.

г. Красногорск

Об организации мониторинга проведения профилактических медицинских осмотров населения Московской области в целях раннего выявления туберкулеза

Во исполнение приказа Министерства здравоохранения Российской Федерации от 11.04.2025 № 190н «Об утверждении порядка и сроков проведения профилактических медицинских осмотров граждан в целях выявления туберкулеза», приказа Министерства здравоохранения Российской Федерации от 15.11.2012 № 932н «Об утверждении Порядка оказания медицинской помощи больным туберкулезом», приказа Министерства здравоохранения Российской Федерации от 09.06.2020 № 560н «Об утверждении Правил проведения рентгенологических исследований», приказа Министерства здравоохранения и социального развития Российской Федерации от 02.11.2006 № 690 «Об утверждении учетной документации по выявлению туберкулеза методом микроскопии», постановления Главного государственного санитарного врача Российской Федерации от 28.01.2021 № 4 «Об утверждении санитарных правил и норм СанПиН 3.3686.-21 «Санитарно-эпидемиологические требования по профилактике инфекционных болезней»:

1. Утвердить:

1) критерии несвоевременно выявленных случаев туберкулеза, требующие проведения клинического разбора медицинской организацией государственной системы здравоохранения Московской области, оказывающей первичную медико-санитарную помощь;

2) форму мониторинга флюорографических осмотров взрослого населения Московской области по выявлению туберкулеза;

3) форму журнала регистрации флюорографического обследования населения Московской области;

- 4) форму журнала регистрации дообследования выявленной патологии;
- 5) форму мониторинга иммунодиагностики у несовершеннолетних в возрасте от 0 года до 17 лет включительно с целью выявления туберкулеза;
- 6) форму отчета о проведении иммунодиагностики туберкулеза у несовершеннолетних в возрасте от 0 года до 17 лет включительно с целью выявления туберкулеза;
- 7) форму мониторинга иммунодиагностики у несовершеннолетних в возрасте от 1 года до 17 лет включительно в группах риска по заболеванию туберкулезом;
- 8) форму отчета о проведении иммунодиагностики у несовершеннолетних в возрасте от 1 года до 17 лет включительно в группах риска по заболеванию туберкулезом;
- 9) форму мониторинга флюорографических осмотров несовершеннолетних в возрасте от 15 до 17 лет включительно с целью выявления туберкулеза;
- 10) форму план-графика работы передвижных флюорографических установок;
- 11) форму сводного плана проведения обследований в целях раннего выявления туберкулеза у населения муниципального образования Московской области (городского округа) на предстоящий календарный год;
- 12) форму сводного плана проведения обследований в целях раннего выявления туберкулеза у населения Московской области на предстоящий календарный год;
2. Руководителям медицинских организаций государственной системы здравоохранения Московской области, оказывающих первичную медико-санитарную помощь (далее — медицинские организации):
- 1) назначить уполномоченное должностное лицо по организации проведения профилактических медицинских осмотров, прикрепленного к медицинской организации Московской области населения в целях раннего выявления туберкулеза;
- 2) представлять ежегодно сводный план профилактических медицинских осмотров прикрепленного к медицинской организации Московской области населения, согласованный с территориальным отделом Управления Федеральной службы по надзору в сфере защиты прав потребителей и благополучия человека по Московской области, в территориальный филиал и организационно-методический отдел государственного бюджетного учреждения здравоохранения Московской области «Московский областной клинический противотуберкулезный диспансер» (далее ГБУЗ Московской области «МОКПТД») в срок до 1 декабря на предстоящий календарный год;
- 3) утвердить по структурным подразделениям план профилактических медицинских осмотров прикрепленного к медицинской организации Московской

области населения в целях раннего выявления туберкулеза на предстоящий календарный год;

4) обеспечить ежегодное достижение целевых показателей по охвату прикрепленного к медицинской организации Московской области населения профилактическими медицинскими осмотрами в целях раннего выявления туберкулеза;

5) утверждать ежегодно план-график работы передвижных флюорографических аппаратов на предстоящий календарный год;

6) формировать ежемесячную и годовую итоговую отчетность по профилактическим медицинским осмотрам прикрепленного к медицинской организации Московской области населения в целях раннего выявления туберкулеза по терапевтическим, педиатрическим участкам, обобщать данные на уровне и формировать сводный отчет по медицинской организации;

7) обеспечить проведение микроскопических исследований мокроты с целью выявления кислотоустойчивых микобактерий (КУМ) у нетранспортабельных и маломобильных граждан при проведении профилактических медицинских осмотров прикрепленного к медицинской организации Московской области населения в целях раннего выявления туберкулеза 1 раз в год;

8) обеспечить контроль второго чтения рентгенограмм (флюорограмм) при проверочной (профилактической) рентгенографии легких (флюорографии) при проведении профилактических медицинских осмотров прикрепленного

к медицинской организации Московской области населения, в том числе с использованием медицинских изделий с применением технологий искусственного интеллекта, обрабатывающих результаты исследований;

9) обеспечить передачу информации в течении 2-х календарных дней с момент выявления пациента с подозрением на туберкулез в филиалы ГБУЗ Московской области «МОКПТД» по территориальному принципу;

10) организовать и провести в двухнедельный срок разборы несвоевременного выявления случаев туберкулеза, посмертной диагностики туберкулеза и заболеваний туберкулезом лиц из декретированного контингента населения, с направлением протоколов разбора в организационно-методический отдел ГБУЗ Московской области «МОКПТД», на адрес электронной почты: mz_mokptd@mosreg.ru;

11) Обеспечить представление в региональную информационную систему сбора, обработки, анализа и хранения статистической отчетности (система МедИнфо — <https://stat.miacmo.ru>) (далее — МедИнфо) ежемесячных сведений о прохождении профилактических осмотров населения на туберкулез до 1-го числа месяца, следующего за отчетным.

3. Главному врачу ГБУЗ Московской области «МОКПТД» Смердину С.В.: обеспечить:

1) организационно-методическое руководство по планированию профилактических медицинских осмотров населения Московской области в целях раннего выявления туберкулеза в медицинских организациях ПМСП Московской области.

2) формирование сводного плана профилактических медицинских осмотров населения Московской области в целях раннего выявления туберкулеза на предстоящий календарный год, согласованный с Управлением Федеральной службы по надзору в сфере защиты прав потребителей и благополучия человека по Московской области и до 20 декабря текущего года представлять в Управление специализированной медицинской помощи Министерства здравоохранения Московской области;

3) координацию и контроль за ведением системы электронного мониторинга профилактических осмотров населения Московской области в целях раннего выявления туберкулеза в «МедИнфо».

4. Директору государственного бюджетного учреждения Московской области «Московский областной медицинский информационно-аналитический центр» (Жиляев П.С.) обеспечить в срок до 01.10.2025 актуализацию отчетных форм в «Мединфо».

5. Признать утратившим силу приказ Министерства здравоохранения Московской области от 05.12.2018 № 1945 «О профилактических медицинских осмотрах населения в целях раннего выявления туберкулеза».

6. Управлению документооборота, организационной работы и работы с обращениями граждан Министерства здравоохранения Московской области (Балыбердина А.Ю.) обеспечить размещение настоящего распоряжения на официальном сайте Министерства здравоохранения Московской области на Интернет-портале Правительства Московской области (www.mosreg.ru).

7. Контроль за выполнением настоящего распоряжения возложить на первого заместителя министра здравоохранения Московской области Максимова М.А.

Заместитель Председателя
Правительства Московской области – министр
Здравоохранения Московской области

М.В. Забелин

УТВЕРЖДЕНА
распоряжением
Министерства здравоохранения
Московской области
от 30.09.2025 № 445-р

КРИТЕРИИ

несвоевременного выявления случаев туберкулеза, требующие проведения клинического разбора на уровне медицинской организации государственной системы здравоохранения Московской области, оказывающей первичную медико-санитарную помощь

1. К несвоевременно выявленным случаям туберкулеза относятся все клинические формы заболевания, выявленные:

- 1) в фазе распада легочной ткани;
- 2) с выделением микобактерий туберкулеза.

В случае впервые установленного одной из перечисленных форм туберкулеза у постоянных жителей Московской области, включая случаи посмертной диагностики, на врачебных комиссиях медицинских организаций государственной системы здравоохранения Московской области, оказывающих первичную медико-санитарную помощь (далее – медицинские организации), проводится клинический разбор с участием врача-фтизиатра и врача-эпидемиолога территориального отдела Управления Федеральной службы по надзору в сфере защиты прав потребителей и благополучия человека по Московской области (по согласованию). Цель разбора – определить причины несвоевременного выявления туберкулеза и принять меры для предотвращения подобных диагностических ошибок в будущем.

2. Клинический разбор случаев несвоевременного выявления или посмертной диагностики активного туберкулеза у постоянных жителей Московской области проводится врачебными комиссиями медицинских организаций:

1) в течение 2 (два) недель с даты подтверждения диагноза на Центральной врачебной комиссии государственного бюджетного учреждения здравоохранения Московской области «Московский областной клинический противотуберкулезный диспансер» (далее – ГБУЗ Московской области «МОКПТД») – для случаев несвоевременного выявления заболевания при жизни;

2) в течение 1 (один) месяца с даты получения извещения о впервые в жизни установленном диагнозе активного туберкулеза – для случаев посмертной диагностики заболевания.

3. Клинический разбор в медицинских организациях проводится в случаях:

1) пропуска патологии (туберкулеза) при профилактическом флюорографическом, микроскопическом, иммунодиагностическом обследовании;

2) длительных сроков дообследования, превышающие 2 (два) недели с момента выявления изменений (патологии) при профилактическом флюорографическом, микроскопическом, иммунодиагностическом обследовании при подозрении на туберкулез.

Копии протоколов разборов, заверенные председателем врачебной комиссии медицинской организации, направляются в организационно-методический отдел ГБУЗ Московской области «МОКПТД» в течение 3 (три) дней с даты проведения клинического разбора.

УТВЕРЖДЕНА
распоряжением
Министерства здравоохранения
Московской области
от 30.09.2025 № 445-Р

форма

МОНИТОРИНГ флюорографических осмотров взрослого населения Московской области по выявлению туберкулеза

за _____ 202____ г.
(месяц)

| № п/п | Наименование взрослой группы населения Московской области | Всего Численность населения, абр. | 2011 год | | | | | | | | | | | | Всего выполнено (с нарастающим итогом) | | | | | | | | | | | | | |
|----------|--|--------------------------------------|---|--|---------------------------------------|---|--------------------------------------|---------------------------------------|---------------------------------------|---|---|--|---|---|--|----|----|----|----|----|----|----|----|----|----|----|----|----|
| | | | Январь План, абр. Выполнено, абр. | Февраль План, абр. Выполнено, абр. | Март План, абр. Выполнено, абр. | Апрель План, абр. Выполнено, абр. | Май План, абр. Выполнено, абр. | Июнь План, абр. Выполнено, абр. | Июль План, абр. Выполнено, абр. | Август План, абр. Выполнено, абр. | Сентябрь План, абр. Выполнено, абр. | Октябрь План, абр. Выполнено, абр. | Ноябрь План, абр. Выполнено, абр. | Декабрь Итого, абр. Доля обследованных к численности населения, % | | | | | | | | | | | | | | |
| 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 |
| 4.0 | Неорганизованное население (бездействующие, неработающие пенсионеры, домохозяйки и т.д.) | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| 5.0; | Итого (п. 1, п. 2, п. 3, п. 4) | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| 5.1; | В том числе: лица, не обследованные 2 и более лет | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| 5.2; | В том числе: лица, прикрепленные к другим медицинским организациям | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| 5.3; | В том числе: лица, осмотренные в других медицинских организациях | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |

Примечание. Целевой показатель на текущий период времени (месяца) рассчитывается по формуле: годовой целевой показатель (в %) : 12 x на порядковое число месяца.

(полное наименование должности руководителя структурного подразделения медицинской организации государственной системы здравоохранения Московской области)

(подпись)

(инициалы, фамилия)

(наименование должности исполнителя)

(подпись)

(инициалы, фамилия)

(контактный телефон, e-mail)

УТВЕРЖДЕНА
распоряжением
Министерства здравоохранения
Московской области
от 30.08.2025 № 445-р

форма

ЖУРНАЛ РЕГИСТРАЦИИ
флюорографического обследования населения Московской области

(полное наименование медицинской организации)

Начат «_____» 20 ____ г. Закончен «_____» 20 ____ г.

| № п/п | Фамилия, имя и отчество (при наличии) пациента | Год рождения пациента | Место регистрации по месту жительства или временного пребывания, место работы | Профосмотр / направление | Дата и номер флюорографии | Заключение рентгенолога ¹ | |
|----------|--|--------------------------|---|-----------------------------|------------------------------|--------------------------------------|----------|
| | | | | | | 1-чтение | 2-чтение |
| 1 | 2 | 3 | 4 | 5 | 6 | 7 | 8 |
| | | | | | | | |
| | | | | | | | |

¹ При отсутствии патологических изменений указать «норма» (N); при выявлении патологических изменений указать рентгенологический синдром или дать их краткое описание.

УТВЕРЖДЕНА
распоряжением
Министерства здравоохранения
Московской области
от 30.09.2025 № 445-р

форма

ЖУРНАЛ РЕГИСТРАЦИИ
дообследования выявленной патологии

(полное наименование медицинской организации государственной системы здравоохранения Московской области)

Начат « _____ » 20 ____ г. Г. Закончен « _____ » 20 ____ г.

| № п/п | Фамилия, имя и отчество (при наличии) пациента | Год Рождения пациента | Место регистрации по месту жительства или временного пребывания, место работы | Дата и номер флюорографии | Дата направления на дообследование | Заключение врача- рентгенолога ¹ | Результат дообследования- заключительный диагноз | Дата установления заключительного диагноза | Фамилия, имя и отчество (при врача, установившего заключительный диагноз |
|----------|---|-----------------------------|---|------------------------------|---------------------------------------|---|---|---|---|
| 1 | 2 | 3 | 4 | 5 | 6 | 7 | 8 | 9 | 10 |
| | | | | | | | | | |
| | | | | | | | | | |

¹ Заключение или краткое описание.

УТВЕРЖДЕНА
распоряжением
Министерства здравоохранения
Московской области
от 30.09.2025 № 1445-Р

форма

МОНИТОРИНГ

иммунодиагностики туберкулеза у несовершеннолетних в возрасте от 0 года до 17 лет включительно с целью выявления туберкулеза

за «_____» _____ 20 ____ г.
(месяц)

| № п/п | Возраст группы населения Московской области | Всего | Численность населения, абс. | | Январь | Февраль | Март | Апрель | Май | Июнь | Июль | Август | Сентябрь | Октябрь | Ноябрь | Декабрь | Всего выполнено (с нарастающим итогом) | | | | | | | | | | | |
|----------|--|-------|-----------------------------------|------|--------|---------|------|--------|-----|------|------|--------|----------|---------|--------|----------------|---|----|----|----|----|----|----|----|----|----|----|----|
| | | | План, | абс. | | | | | | | | | | | | Итого, абс. | Доля обследованных к численности населения, % | | | | | | | | | | | |
| 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 |
| 8 | 8 лет | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| 9 | 9 лет | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| 10 | 10 лет | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| 11 | 11 лет | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| 12 | 12 лет | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| 13 | 13 лет | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| 14 | 14 лет | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| 15 | Всего детей | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| 16 | 15 лет | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| 17 | 16 лет | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| 18 | 17 лет | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| 19 | Всего подростков | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| 20 | ИТОГО | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |

Примечание. Целевой показатель на текущий период времени (месяца) рассчитывается по формуле: годовой целевой показатель (в %) :12 x на порядковое число месяца.

(полное наименование должности руководителя
структурного подразделения медицинской организации
государственной системы здравоохранения
Московской области)

(подпись)

(инициалы, фамилия)

(наименование должности исполнителя)

(подпись)

(инициалы, фамилия)

(контактный телефон, e-mail)

УТВЕРЖДЕНА
распоряжением
Министерства здравоохранения
Московской области
от 30.09.2025 № 445-р

форма

ОТЧЕТ
о проведении иммунодиагностики туберкулеза
у несовершеннолетних в возрасте от 0 года до 17 лет включительно
с целью выявления туберкулеза

за _____ 202____ г.
(месяц)

| № п/п | Возраст группы населения Московской области | Численность населения, абс. | Проведена Р- Манту | | | | | | | | | | | | | | | | |
|----------|---|-----------------------------------|-----------------------|------------------------|--------------|-----------------------|------------------------|--|-------------------------------|------------------------------|-----------------------------------|--|---|--|--|----|----|----|----|
| | | | Имели реакции отр. | Имели реакции сомн. | Проведен ДСТ | Имели реакции отр. | Имели реакции сомн. | Подлежала обследованию у фтизиатра | Взято впервые на учет VI А | Взято впервые на учет V Б | Выявлено впервые больных ТБ | Не проведена иммунодиагно- стика, вслед- ствии чего | Не проведена иммунодиагно- стика, | Проведены альтернативны- е методы (IRGA-тест) | Проведены альтернативны- е методы (лучевые) | | | | |
| 1 | 2 | 3 | 4 | 5 | 6 | 7 | 8 | 9 | 10 | 11 | 12 | 13 | 14 | 15 | 16 | 17 | 18 | 19 | 20 |
| 6 | 6 лет | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| 7 | 7 лет | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| 8 | 8 лет | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| 9 | 9 лет | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| 10 | 10 лет | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| 11 | 11 лет | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| 12 | 12 лет | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| 13 | 13 лет | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| 14 | 14 лет | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| 15 | Всего детей | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| 16 | 15 лет | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| 17 | 16 лет | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| 18 | 17 лет | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| 19 | Всего подростков | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| 20 | Итого | | | | | | | | | | | | | | | | | | |

(полное наименование должности руководителя
структурного подразделения медицинской организации
государственной системы здравоохранения
Московской области)

(подпись)

(инициалы, фамилия)

(наименование должности исполнителя)

(подпись)

(инициалы, фамилия)

(контактный телефон, e-mail)

УТВЕРЖДЕНА
распоряжением
Министерства здравоохранения
Московской области
от 30.09.2025 № 445-р

форма

**МОНИТОРИНГ
иммунодиагностики
у несовершеннолетних в возрасте от 1 года до 17 лет включительно
в группах риска по заболеванию туберкулезом**

за 202 г.
(месяц)

| № п/п | Группы населения Московской области | Всего | Численность населения, абс. | | | | | | | | | | | | Всего выполнено (с нарастающим итогом) _{о%} | | | | | | | | | | | | | |
|----------|---|-------|-----------------------------|---------|------|--------|-----|------|------|--------|----------|---------|--------|---------|--|----|----|----|----|----|----|----|----|----|----|----|----|----|
| | | | Январь | Февраль | Март | Апрель | Май | Июнь | Июль | Август | Сентябрь | Октябрь | Ноябрь | Декабрь | | | | | | | | | | | | | | |
| 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 |
| 7 | Итого в группах риска по заболеванию | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |

Примечание. Целевой показатель на текущий период времени (месяца) рассчитывается по формуле: годовой целевой показатель (в %) : 12 x на порядковое число месяца.

(полное наименование должности руководителя
структурного подразделения медицинской организации
государственной системы здравоохранения
Московской области)

(подпись)

(инициалы, фамилия)

(наименование должности исполнителя)

(подпись)

(инициалы, фамилия)

(контактный телефон, e-mail)

УТВЕРЖДЕНА
распоряжением
Министерства здравоохранения
Московской области
от 30.09.2025 № 445-р

форма

ОТЧЕТ
о проведении иммунодиагностики
у несовершеннолетних в возрасте от 1 года до 17 лет включительно
в группах риска по заболеванию туберкулезом

за 202 г.
(месяц)

| | | | | | | | | | | | | | | |
|--|---|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|
| неспецифическими заболеваниями органов дыхания | | | | | | | | | | | | | | |
| Получающие кортикоидную, лучевую, цитостатическую и иммуносупрессивную терапию, генно-инженерные иммунобиологические препараты | 5 | | | | | | | | | | | | | |
| Проживающие в организациях социального обслуживания | 6 | | | | | | | | | | | | | |
| Итого в группах риска по заболеванию | 7 | | | | | | | | | | | | | |

(полное наименование должности руководителя
структурного подразделения медицинской организации
государственной системы здравоохранения
Московской области)

(подпись)

(инициалы, фамилия)

(наименование должности исполнителя)

(подпись)

(инициалы, фамилия)

(контактный телефон, e-mail)

УТВЕРЖДЕНА
распоряжением
Министерства здравоохранения
Московской области
от 30.09.2025 № 445-р

форма

МОНИТОРИНГ
флюорографических осмотров
несовершеннолетних в возрасте от 15 до 17 лет включительно¹
с целью выявления туберкулеза

за 202__ г
(месяц)

| № п/п | Наименование взрослой группы населения Московской области | Численность населения, абс. | Всего | | | | | | | | | | | | Всего выполнено (с нарастающим итогом) % | | | | | | | | | | | | | |
|----------|--|-----------------------------------|--------|---------|------|--------|-----|------|------|--------|----------|---------|--------|---------|--|----|----|----|----|----|----|----|----|----|----|----|----|----|
| | | | Январь | Февраль | Март | Апрель | Май | Июнь | Июль | Август | Сентябрь | Октябрь | Ноябрь | Декабрь | | | | | | | | | | | | | | |
| 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 |
| 1.0 | Всего | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |

¹ Заполняются только те разделы, которые относятся к несовершеннолетним в возрасте от 15 до 17 лет включительно.

| № п/п | Наименование взрослой группы населения Московской области | Численность населения, абс. | Всего | | | | | | | | | | | | Всего выполнено (с нарастающим итогом) | | | | | | | | | | | | | |
|-------|---|-----------------------------|--------|---------|------|--------|-----|------|------|--------|----------|---------|--------|---------|--|----|----|----|----|----|----|----|----|----|----|----|----|----|
| | | | Январь | Февраль | Март | Апрель | Май | Июнь | Июль | Август | Сентябрь | Октябрь | Ноябрь | Декабрь | | | | | | | | | | | | | | |
| 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 |
| 4.0 | Неорганизованное население (безработные, неработающие пенсионеры, домохозяйки и т.д.) | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| 5.0 | Итого (п.1, п. 2, п. 3, п. 4) | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| 5.1 | В том числе: лица, не обследованные 2 и более лет | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| 5.2 | В том числе: лица, прикрепленные к другим медицинским организациям | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| 5.3 | В том числе: лица, осмотренные в других медицинских организациях | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |

Примечание. Целевой показатель на текущий период времени (месяца) рассчитывается по формуле: годовой целевой показатель (в %) :12 x на порядковое число месяца.

(полное наименование должности руководителя
структурного подразделения медицинской организации
государственной системы здравоохранения
Московской области)

(наименование должности исполнителя)

(контактный телефон, e-mail)

(подпись)

(инициалы, фамилия)

(подпись)

(инициалы, фамилия)

УТВЕРЖДЕН
распоряжением
Министерства здравоохранения
Московской области
от 30.09.2025 № 445-р

форма

УТВЕРЖДАЮ

(наименование должности руководителя
медицинской организации государственной системы
здравоохранения Московской области)

(подпись) (инициалы, фамилия)
«_____» 20____г.

ПЛАН-ГРАФИК
работы передвижных флюорографических установок
на 20____ г.

| № п/п | Прикрепленная территория | Даты выездов на обследование | План по охвату населения обследованием, абс. | Охвачено обследованием, абс. |
|----------|-----------------------------|------------------------------------|--|------------------------------------|
| 1 | 2 | 3 | 4 | 5 |
| | | | | |
| | | | | |
| | | | | |
| | | | | |

УТВЕРЖДЕНА
распоряжением
Министерства здравоохранения
Московской области
от 30.09.2015 № 445-Р

форма

СОГЛАСОВАНО

Заведующий филиалом № _____
государственного бюджетного учреждения
здравоохранения Московской области
«Московский областной клинический
противотуберкулезный диспансер»

(подпись)

(инициалы, фамилия)

« _____ » 202 ____ г.

СОГЛАСОВАНО

Начальник территориального отдела
Управления Роспотребнадзора
по Московской области

(подпись)

(инициалы, фамилия)

« _____ » 202 ____ г.

УТВЕРЖДАЮ

(наименование должности руководителя

медицинской организации государственной системы

здравоохранения Московской области)

(подпись)

(инициалы, фамилия)

« _____ » 202 ____ г.

СВОДНЫЙ ПЛАН

проведения обследований в целях раннего выявления туберкулеза
у населения муниципального образования Московской области
на 20 ____ г.

(указать наименование городского/муниципального округа Московской области)

| № п/п | Население Московской области | | Подлежит всего | | Группы риска | | Декретированный контингент | |
|----------|--|------|----------------|---|--------------|---|----------------------------|---|
| | Возраст | абс. | абс. | % | абс. | % | абс. | % |
| 1 | 2 | 3 | 4 | 5 | 6 | 7 | 8 | 9 |
| 1 | От 15 лет и старше (флюорография), в т.ч.: | | | | | | | |
| 1.1 | 15-17 лет (флюорография) | | | | | | | |
| 2 | От 0 до 17 лет (иммунодиагностика), в т.ч.: | | | | | | | |
| 2.1 | 15-17 лет (иммунодиагностика) | | | | | | | |
| 2.1.1 | в том числе 15-17 лет, не прошедшие флюорографию | | | | | | | |
| 2.2 | 0-14 лет (иммунодиагностика) | | | | | | | |
| 3 | ИТОГО (общий профосмотр) ¹ | | | | | | | |
| 4 | Число лиц, не проходивших флюорографическое обследование 2 и более лет из строки 1 | | | | | | | |
| 5 | Число лиц, нетранспортабельных и маломобильных граждан, подлежащих исследованию мокроты методом микроскопии из строки 1 | | | | | | | |

¹ Итого (общий профосмотр) рассчитывается по формуле: строка 1 + строка 2.1.1 + строка 2.2.

УТВЕРЖДЕНА
распоряжением
Министерства здравоохранения
Московской области
от 30.09.2025 № 1475-Р

форма

СОГЛАСОВАНО

Главный внештатный специалист фтизиатр
Министерства здравоохранения
Московской области

СОГЛАСОВАНО

Главный государственный санитарный врач
Московской области

УТВЕРЖДАЮ

Заместитель Председателя
Правительства Московской области - министр
здравоохранения Московской области

(подпись)

(инициалы, фамилия)

«_____» 202__ г.

(подпись)

(инициалы, фамилия)

«_____» 202__ г.

(подпись)

(инициалы, фамилия)

«_____» 202__ г.

Сводный план
проведения обследований в целях раннего выявления туберкулеза
населения Московской области
на 20__ г.

| № п/п | Население Московской области | Подлежит всего | Группы риска | Декретированный контингент |
|----------|------------------------------|----------------|--------------|----------------------------|
|----------|------------------------------|----------------|--------------|----------------------------|

| | Возраст | абс. | абс. | % | абс. | % | абс. | % |
|-------|--|------|------|---|------|---|------|---|
| 1 | 2 | 3 | 4 | 5 | 6 | 7 | 8 | 9 |
| 1 | От 15 лет и старше (флюорография), в т.ч.: | | | | | | | |
| 1.1 | 15-17 лет (флюорография) | | | | | | | |
| 2 | От 0 до 17 лет (иммунодиагностика), в т.ч.: | | | | | | | |
| 2.1 | 15-17 лет (иммунодиагностика) | | | | | | | |
| 2.1.1 | в том числе 15-17 лет, не прошедшие флюорографию | | | | | | | |
| 2.2 | 0-14 лет (иммунодиагностика) | | | | | | | |
| 3 | ИТОГО (общий профосмотр) ¹ | | | | | | | |
| 4 | Число лиц, не проходивших флюорографическое обследование 2 и более лет из строки 1 | | | | | | | |
| 5 | Число лиц, нетранспортабельных и маломобильных граждан, подлежащих исследованию мокроты методом микроскопии из строки 1 | | | | | | | |

¹ Итого (общий профосмотр) рассчитывается по формуле: строка 1 + строка 2.1.1 + строка 2.2.