



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, абс.	2012 год												Всего выполнено (с нарастающим итогом)													
			Январь План, абс. Выполнено, абс.	Февраль План, абс. Выполнено, абс.	Март План, абс. Выполнено, абс.	Апрель План, абс. Выполнено, абс.	Май План, абс. Выполнено, абс.	Июнь План, абс. Выполнено, абс.	Июль План, абс. Выполнено, абс.	Август План, абс. Выполнено, абс.	Сентябрь План, абс. Выполнено, абс.	Октябрь План, абс. Выполнено, абс.	Ноябрь План, абс. Выполнено, абс.															
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 (бездейственные, 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 № 445-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.	Выполнено абс.																								Всего выполнено (с нарастающим итогом)	
			Январь	Февраль	Март	Апрель	Май	Июнь	Июль	Август	Сентябрь	Октябрь	Ноябрь	Декабрь	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. имеющие сомн.	Имели реакции полож.	Проведен ДСТ	Имели реакции отр.	Имели реакции сомн.	Имели реакции полож.	Подлежала обследованию у фтизиатра	Взято впервые на учет VI А	Взято впервые на учет V Б	Выявлено впервые больных ТБ	Не проведена иммunoдиагно- стическая рабо- та	Не проведена иммunoдиагно- стика, в том числе медицинский отвод	Не проведена иммunoдиагно- стика в том числе отказ	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)

(наименование должности исполнителя)

(контактный телефон, e-mail)

(подпись)

(инициалы, фамилия)

(подпись)

(инициалы, фамилия)

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.	202												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	Не вакцинированные против туберкулеза (медотвод), 1-7 лет		План, абс.	Выполнено, абс.	План, абс.	Выполнено, абс.	План, абс.	Выполнено, абс.	План, абс.	Выполнено, абс.	План, абс.	Выполнено, абс.	План, абс.	Выполнено, абс.	Итого, абс.	Доля обследованных к численности населения, %												

№ п/п	Группы населения Московской области	Всего Численность населения, абс.	3																									
			Январь	Февраль	Март	Апрель	Май	Июнь	Июль	Август	Сентябрь	Октябрь	Ноябрь	Декабрь	Всего выполнено (с нарастающим итогом)													
План, абс.	Выполнено, абс.	План, абс.	Выполнено, абс.	План, абс.	Выполнено, абс.	План, абс.	Выполнено, абс.	План, абс.	Выполнено, абс.	План, абс.	Выполнено, абс.	План, абс.	Выполнено, абс.	План, абс.	Выполнено, абс.	План, абс.	Выполнено, абс.	План, абс.	Выполнено, абс.	План, абс.	Выполнено, абс.	План, абс.	Выполнено, абс.	План, абс.	Выполнено, абс.			
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	Всего Численность населения, абс.	3												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
1.5	Состоящие на диспансерном учете в наркологических учреждениях и лица, составляющие в группе профилактического наркологического учета в связи с употреблением психоактивных препараторов																											
1.6	Освобожденные из мест лишения свободы, из мест содержания под стражей, - в течение первых 2 лет после освобождения																											
1.7	Участники специальной военной операции (в течение 2-х лет после демобилизации)																											
1.8	Работники роддомов (отделений и перинатальных центров)																											
2.0	Всего																											
2.1	Группы медицинского риска, всего																											
2.1.1	Больные сахарным диабетом																											

Итого,
бс.

Доля
обследованных
к численности
населения,
%

№ 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)

Итого,
бс.
Доля
обследованных
к численности
населения,
%

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 № 145-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.