



Журмын маягтууд

1. Сүрьеэгийн идэвхтэй илрүүлэлтийг зохион байгуулах журмын маягтууд

- Маягт 1. Сүрьеэгийн идэвхтэй илрүүлэлтэд хамрагдах эрсдэлт бүлгийн судалгаа, бүртгэл
- Маягт 2. Сүрьеэ илрүүлэх үзлэг, шинжилгээний асуумж
- Маягт 3. Цээжний рентген шинжилгээний бүртгэл
- Маягт 4. Эмнэлзүйн үзлэгийн бүртгэл
- Маягт 5. Цэрний сорьцын бүртгэл
- Маягт 6. Идэвхтэй илрүүлэлтийн талбарын тоон тайлан
- Маягт 7. Сүрьеэгийн идэвхтэй илрүүлэлтийн улирлын тайлан

2. Сүрьеэгийн тусламж, үйлчилгээний бүртгэл мэдээлэл, хяналт-шинжилгээ, үнэлгээний журмын маягтууд

- 1. Сүрьеэгийн тохиолдлын бүртгэлийн маягт, СУ-1 маягт
- 2. Сүрьеэтэй өвчтөний эмчилгээ, хяналтын карт, СУ-2 маягт
- 3. Биологийн сорьцонд сүрьеэгийн үүсгэгч илрүүлэх шинжилгээний хуудас, СУ-3 маягт
- 4. Биологийн сорьцонд сүрьеэгийн үүсгэгч болон эмэнд тэсвэржилт илрүүлэх шинжилгээний хуудас, СУ-4 маягт
- 5. Сүрьеэг илрүүлэх шинжилгээний бүртгэл, СУ-5 маягт
- 6. Интерферон гамма тодорхойлох шинжилгээний хуудас
- 7. Аденозин деаминаза шинжилгээний маягт
- 8. Интерферон-гамма тодорхойлох (IGRA) шинжилгээний бүртгэл
- 9. Сүрьеэтэй байж болзошгүй тохиолдлын бүртгэл, СУ-10 маягт
- 10. Сүрьеэгийн хавьтлын хяналтын бүртгэл, СУ-11 маягт
- 11. Эмнэлэгт хэвтэн эмчлүүлэгчийн карт, СУ-13.1 маягт
- 12. Эрчимт шатны эмчилгээний эм хэрэглэсэн тэмдэглэл, СУ-13.2 маягт
- 13. Сүрьеэгийн лабораторийн чанарын гадаад үнэлгээний түрхэц дагалдах хуудас, СУ-14 маягт
- 14. Сүрьеэгийн лабораторийн чанарын гадаад үнэлгээний эргэх холбооны хуудас, СУ-16 маягт
- 15. Сүрьеэгээс урьдчилан сэргийлэх эмчилгээ хяналтын карт, УСЭ-2 маягт
- 16. Сүрьеэгийн урьдчилан сэргийлэх эмчилгээнд хамрагдсан хүмүүсийн бүртгэл, СУ-20 маягт
- 17. Эмэнд тэсвэртэй сүрьеэгийн тохиолдлын бүртгэл, ЭТС-1 маягт
- 18. Эмэнд тэсвэртэй сүрьеэтэй өвчтөний эмчилгээ хяналтын карт, ЭТС-2 маягт
- 19. Эмэнд мэдрэг чанар тодорхойлох шинжилгээний бүртгэл, ЭТС-3 маягт
- 20. Түрхэц, өсгөвөр, Хpert MTB/RIF шинжилгээний бүртгэл, ЭТС-4 маягт

3. Сүрьеэтэй өвчтөний эмчилгээний асуудлыг шийдвэрлэх эмч нарын зөвлөгөөний журмын маягтууд

- Маягт 1. Эмэнд тэсвэртэй сүрьеэтэй өвчтөний эмчилгээний асуудал шийдвэрлэх эмч нарын зөвлөгөөний танилцуулга, шийдвэр /Шинээр эмчилгээ эхлэх/

Маягт 2. Эмэнд тэсвэртэй сүрьеэтэй өвчтөний эмчилгээний асуудал шийдвэрлэх эмч нарын зөвлөгөөний танилцуулга, шийдвэр /Сүрьеэгийн клиникээс харьяа аймаг, дүүрэгт гарах /

Маягт 3. Эмэнд тэсвэртэй сүрьеэтэй өвчтөний эмчилгээний асуудал шийдвэрлэх эмч нарын зөвлөгөөний танилцуулга, шийдвэр /Эмчилгээний явцын хяналт /

Маягт 4. Эмэнд тэсвэртэй сүрьеэтэй өвчтөний эмчилгээний асуудал шийдвэрлэх эмч нарын зөвлөгөөний танилцуулга, шийдвэр /Эмчилгээний үр дүн тооцуулах/

4. Сүрьеэгийн эм бэлдмэл, урвалж бодис, халдварын сэргийлэлт, хяналтын хэрэгслийн ханган нийлүүлэлтийн журмын маягтууд

1. Сүрьеэгийн 1-р эгнээний эмийн захиалгын хуудас, СҮ-23 маягт
2. Сүрьеэгийн 2-р эгнээний эмийн захиалгын хуудас, СҮ-24 маягт
3. Сүрьеэгийн 1-р эгнээний эмийн тайлан, СҮ-26 маягт
4. Сүрьеэгийн I эгнээний эмийн жорын дэлгэрэнгүй тайлан, СҮ-26.1 маягт
5. Сүрьеэгийн 2-р эгнээний эмийн тайлан, СҮ-27 маягт
6. Сүрьеэгийн 2-р эгнээний эмийн дэлгэрэнгүй тайлан, СҮ-27.1 маягт

5. Тайлангийн маягт

1. Сүрьеэгийн тохиолдлын бүртгэлийн тайлан, СҮ-7 маягт
2. Сүрьеэгийн эмчилгээний үр дүнгийн тайлан СҮ-8 маягт
3. Цэрний түрхэц зэрэг сүрьеэгийн тохиолдлын эмчилгээний 2 (3) дахь сард түрхэц сөрөгт шилжилтийн тайлан, СҮ-9 маягт
4. Сүрьеэтэй өвчтөний хавьтлын илрүүлэлтийн тайлан, СҮ-12 маягт
5. Сүрьеэтэй өвчтөний хавьтлын давтан үзлэг, шинжилгээний хамралтын тайлан, СҮ-12.1 маягт
6. Эмэнд тэсвэртэй сүрьеэгийн тохиолдлын бүртгэлийн тайлан, ЭТС-7 маягт
7. Эмэнд тэсвэртэй сүрьеэгийн тохиолдлын бүртгэлийн эмчилгээний үр дүнгийн тайлан, ЭТС-8 маягт
8. Эмэнд тэсвэртэй сүрьеэгийн тохиолдлын эмчилгээний 3 дахь сарын өсгөврийн сөрөгт шилжилтийн тайлан, ЭТС-9 маягт
9. Сүрьеэгийн урьдчилан сэргийлэх эмчилгээний үр дүнгийн тайлан, УСЭ-8 маягт
10. Сүрьеэгийн лабораторийн түрхцийн шинжилгээний сарын тайлан, СҮ-6 маягт
11. Xpert MTB/RIF/TrueNAT MTB/RIF шинжилгээний сарын тайлан, СҮ-15 маягт
12. Өсгөвөрлөх шинжилгээний тайлан, СҮ-17 маягт
13. Эмийн мэдрэг чанар тодорхойлох шинжилгээний тайлан, ЭТС-5 маягт

Маягт 2. Сүрьеэ илрүүлэх үзлэг, шинжилгээний асуумж

“Сүрьеэ илрүүлэх үзлэг, шинжилгээний асуумж”

Огноо: 20.....он.....сар..... өдөр

Бүртгэлийн
дугаар

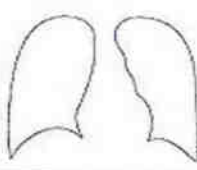
--

РД

--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--

Овог нэр:

Эрсдэлт бүлэг: Код

А. Оршин суугаа газрын хаяг			
1	Аймаг / дүүрэг		
2	Сум / хороо		
3	Хаяг:		
Б. Хүн ам зүйн ерөнхий мэдээлэл			
4	Хүйс	<input type="radio"/> ЭРЭГТЭЙ [1]	<input type="radio"/> ЭМЭГТЭЙ [2]
5	Та хэдэн настай вэ?	нас	
6	Таны боловсрол?	<input type="radio"/> Боловсролгүй [1]	<input type="radio"/> Бүрэн дунд [4]
		<input type="radio"/> Бага [2]	<input type="radio"/> Техникийн / мэргэжлийн [5]
		<input type="radio"/> Бүрэн бус дунд [3]	<input type="radio"/> Дээд [6]
В. Сүрьеэгийн шинж тэмдэг ба зовиур			
Танд дараах зовиур /шинж тэмдэг/ илэрч байна уу?			
7	1. Ханиалгах	<input type="radio"/> ТИЙМ хоног [1]	<input type="radio"/> ҮГҮЙ [2]
	2. Халуурах	<input type="radio"/> ТИЙМ хоног [1]	<input type="radio"/> ҮГҮЙ [2]
	3. Цэр гарах	<input type="radio"/> ТИЙМ хоног [1]	<input type="radio"/> ҮГҮЙ [2]
	4. Шөнө хөлрөх	<input type="radio"/> ТИЙМ хоног [1]	<input type="radio"/> ҮГҮЙ [2]
	5. Шалтгаангүйгээр турах	<input type="radio"/> ТИЙМ [1]	<input type="radio"/> ҮГҮЙ [2]
	6. Бусад		
Г. Сүрьеэгийн тархвар судлал			
8	Танд сүрьеэгийн хавьтал бий юу?	<input type="checkbox"/> Гэр бүлд [1]	<input type="checkbox"/> Ажил, сургууль [3]
		<input type="checkbox"/> Хамаатан/найз нөхөд [2]	<input type="checkbox"/> Огт хавьталгүй [4]
9	Та өмнө сүрьеэгээр өвчилж/эмчлэгдэж байсан уу?	<input type="radio"/> ТИЙМ _____ онд [1]	<input type="radio"/> ҮГҮЙ [2]
Д. Цээжний рентген шинжилгээ			
10	Рентген шинжилгээнд хамрагдсан эсэх?	<input type="radio"/> ТИЙМ [1]	<input type="radio"/> ҮГҮЙ [2]
11	Дүгнэлт:	Өөрчлөлт: 	
	<input type="radio"/> Хэвийн [1]		
	<input type="radio"/> Өөрчлөлттэй-цэр авахгүй [2]		
	<input type="radio"/> Өөрчлөлттэй-цэр авах [3]		
	<input type="radio"/> Илэрхий сүрьеэ-цэр авах [4]		
Е. Лабораторийн шинжилгээ			
12	Цэрний сорьц өгсөн эсэх?	<input type="radio"/> ТИЙМ [1]	<input type="radio"/> ҮГҮЙ [2]
13	Шинжилгээний хариу	Gene-Expert	Бусад
	№1 сорьц		
	№2 сорьц		
Ё. Дүгнэлт			
14	<input type="radio"/> Нян судлалаар батлагдсан сүрьеэ [1]	<input type="radio"/> Эмнэлзүйгээр оношлогдсон сүрьеэ [2]	<input type="radio"/> Сүрьеэгүй [4]

Асуумж авсан:

Дүгнэсэн: Сүрьеэгийн эмч

Маягт 6. Идэвхтэй илрүүлэлтийн талбарын тоон тайлан

Хот/аймаг:

Дүүрэг/сум:

Хороо/баг:

Зохион байгуулагчийн нэр:

Огноо:

№	Үзүүлэлт	Тоо
1	Маягт 1-д бүртгэгдсэн хамрагдвал зохих сүрьеэгийн эрсдэлт бүлгийн хүний тоо	
2	Сүрьеэгийн идэвхтэй илрүүлэлтэд хамрагдсан хүний тоо	Асуумж, эмнэлзүйн үзлэг
		Цээжний рентген шинжилгээ
		Нийт тоо
3	Сүрьеэгийн идэвхтэй илрүүлэлтээс сүрьеэтэй байж болзошгүй тохиолдлын тоо	
4	Хpert MTB/RIF шинжилгээнд хамрагдсан хүний тоо	
5	Илэрсэн сүрьеэгийн тохиолдлын тоо	Нян судлал
		Эмнэлзүй
		Нийт илэрсэн тоо

Мэдээ гаргасан:.....

Хянасан:.....

3. Биологийн сорьцонд сүрьеэгийн үүсгэгч илрүүлэх шинжилгээний хуудас, СУ-3 маягт

РД:

Утасны дугаар: _____

Өвчний ангилал: Уушгины

Уушгины бус эрхтний

Шинжилгээний зорилго:

<input type="checkbox"/> Оношилгооны шинэ	<input type="checkbox"/> Оношилгоо өмнө нь эмчлэгдэж байсан	<input type="checkbox"/> Эмчилгээний хяналт
<input type="checkbox"/> ЭТС - ийн хавьтал	<input type="checkbox"/> Мэдрэг <input type="checkbox"/> Тэсвэртэй	<input type="checkbox"/> Мэдрэг <input type="checkbox"/> Тэсвэртэй
	<input type="checkbox"/> Эдгэрсэн <input type="checkbox"/> Эмчилгээ дуусгасан <input type="checkbox"/> Үр дүн тооцоогүй <input type="checkbox"/> Хяналт алдагдсан <input type="checkbox"/> Үр дүнгүй <input type="checkbox"/> Дүгнэгдээгүй	Эмчилгээний сар: _____ Бүртгэлийн дугаар: _____

Сорьцын төрөл: Цэр

Цэрнээс бусад :

Сорьцын чанар: Шүлс

Салсархаг

Идээрхэг Цусархаг

Сорьц цуглуулсан огноо: 20 ___ / ___ / ___

Сорьц илгээсэн огноо: 20 ___ / ___ / ___

Шинжилгээний хүсэлт: Түрхэц

Хpert MTB/RIF

Илгээсэн эмчийн нэр: _____

Лабораторид хөтлөх хэсэг:

Сорьц хүлээн авсан: 20 ___ / ___ / ___

Гарын үсэг: _____

Шинжилгээний дугаар:

Түрхцийн шинжилгээний үр дүн :

Циль-Нильсен

Флюорохром

Сорьц	сөрөг	Цөөн зерэг	+	++	+++	Огноо	Гарын үсэг
1							
2							

Молекулын түргэвчилсэн шинжилгээний үр дүн :

Хpert MTB/RIF

TrueNAT

Хариу	M.tuberculosis complex	Рифамицин		Огноо	Гарын үсэг
Илэрсэн	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/> Мэдрэг	<input type="checkbox"/> Тэсвэртэй		
Илрээгүй	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/> Үр дүн тооцох боломжгүй			

4 Биологийн сорьцонд сүрьеэгийн үүсгэгч болон эмэнд тэсвэржилт илрүүлэх шинжилгээний хуудас, СУ-4

Илгээсэн эмнэлгийн нэр _____ огноо: 20__ он __ сар __ өдөр
 Эцэг /эх/-ийн нэр: _____ Өөрийн нэр: _____ Нас: _____ Хүйс: _____
 Оршин суугаа хаяг _____

РД: Утасны дугаар: _____

Өвчний ангилал: Уушгины Уушгины бус эрхтний

Шинжилгээний зорилго:

<input type="checkbox"/> Оношилгооны шинэ	<input type="checkbox"/> Оношилгоо өмнө нь эмчлэгдэж байсан	<input type="checkbox"/> Эмчилгээний хяналт
<input type="checkbox"/> ЭТС - ийн хавьтал	<input type="checkbox"/> Мэдрэг <input type="checkbox"/> Тэсвэртэй	<input type="checkbox"/> Мэдрэг <input type="checkbox"/> Тэсвэртэй Эмчилгээний сар: _____ Бүртгэлийн дугаар: _____
	<input type="checkbox"/> Эдгэрсэн <input type="checkbox"/> Эмчилгээ дуусгасан <input type="checkbox"/> Үр дүн тооцоогүй <input type="checkbox"/> Хяналт алдагдсан <input type="checkbox"/> Үр дүнгүй <input type="checkbox"/> Дүгнэгдээгүй	

Сорьцын төрөл: Эр Цэрнээс бусад : _____
 Сорьцын чанар: Шүлс Салсархаг Идээрхэг Цусархаг
 Сорьц цуглуулсан огноо: 20 __ / __ / __ Сорьц илгээсэн огноо: 20 __ / __ / __

Шинжилгээний хүсэлт:	<input type="checkbox"/> Түрхэц	<input type="checkbox"/> Хатуу өсгөвөр	<input type="checkbox"/> ЭМЧТ	<input type="checkbox"/> эгнээ 1
	<input type="checkbox"/> Xpert MTB/RIF	<input type="checkbox"/> Шингэн өсгөвөр	<input type="checkbox"/> LPA	<input type="checkbox"/> XDR/TB эгнээ 2

Илгээсэн эмчийн нэр: _____

Лабораторид хөтлөх хэсэг:

Сорьц хүлээн авсан: 20 __ / __ / __ Гарын үсэг: _____

Шинжилгээний дугаар :

Түрхцийн шинжилгээний үр дүн : Циль-Нильсен Флюорохром

Сорьц	сөрөг	Цөөн зэрэг	+	++	+++	Огноо	Гарын үсэг
1							
2							

Молекулын түргэвчилсэн шинжилгээний үр дүн : Xpert MTB/RIF TrueNAT

Үр дүн	<i>M. tuberculosis</i> complex	Рифампицин		Огноо	Гарын үсэг
Илэрсэн	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/> Мэдрэг	<input type="checkbox"/> Тэсвэртэй		
Илрээгүй	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/> Үр дүн тооцох боломжгүй			

Өсгөвөрлөх шинжилгээний үр дүн : Шингэн тэжээлт орчи Хатуу тэжээлт орчин

Орсон огноо	Сорьц	сөрөг	Цөөн зэрэг	+	++	+++	Божирдсон	Үр дүн гарсан огноо	Гарын үсэг
	1								
	2								

Эмэнд мэдрэг чанар тодорхойлох шинжилгээний үр дүн :

Шингэн тэжээлт орчин Хатуу тэжээлт орчин LPA (HAIN) XpertXDR/TB

Шинжилгээнд орсон огноо	R	H	E	S	Inj	FQ	Lfx	Mfx	Bdq	Lzd	Cfz	Dim	Z

ЭМЧТШ-ний үр дүн гарсан огноо : 20 __ / __ / __ Шинжилгээ хийсэн : _____ /гарын үсэг/

5 Сүрьеэг илрүүлэх шинжилгээний бүртгэл, СҮ-5 маягт

Огноо	Лас №	Эцэг/эх/ийн нэр, Нэр Регистрийн дугаар	Нас	Хүйс	Илгээсэн газар	Гэрийн хаяг	Шинжилгээний зорилго			Сорьц		Турхчийн хариу		Хүлэц МТВ/РIF /ThyENA TM TB/RIF хариу			Гарын үсэг	Тайлбар		
							Оношилгоо		Эмч хяналтын сар	Төрөл	Чанар	№1	№2	MTB	Rif	Огноо				
							Шинэ эмчлэгдсэн	Өмнө эмчлэгдсэн												

6 Интерферон гамма тодорхойлох шинжилгээний хуудас

ЭМСайдын оны сарын тоот тушаалын хавсралт

ИНТЕРФЕРОН ГАММА ТОДОРХОЙЛОХ ШИНЖИЛГЭЭНИЙ ХУУДАС

Илгээсэн эмнэлгийн нэр _____ огноо: 20 __ он __ сар __ өдөр

Эцэг /эх/-ийн нэр: _____ Өөрийн нэр: _____ Нас: _____ Хүйс: _____

Оршин суугаа хаяг _____

РД: Утасны дугаар: _____

Хавьталтай эсэх: Тийм Үгүй

Шинжилгээний зорилго: _____

Сорьц цуглуулсан огноо: 20 __ / __ / __. Сорьц илгээсэн огноо: 20 __ / __ / __.

Илгээсэн эмчийн нэр: _____

Лабораторид хөтлөх хэсэг:

Сорьц хүлээн авсан: 20 __ / __ / __. Гарын үсэг: _____

Шинжилгээний дугаар

Шинжилгээний хариу :

Nil (IU/mL)	TB1 minus Nil (IU/mL)	TB2 minus Nil (IU/mL)	Mitogen minus Nil (IU/mL)	Үр дүн	Огноо	Гарын үсэг

7 Аденозин деаминаза шинжилгээний маягт

ЭМСайдын оны сарын тоот тушаалын хавсралт					
АДЕНОЗИН ДЕАМИНАЗА ШИНЖИЛГЭЭНИЙ МАЯГТ-					
Илгээсэн эмнэлгийн нэр _____		огноо: 20__ он __ сар __ өдөр			
Эцэг /эх/-ийн нэр: _____		Өөрийн нэр: _____		Нас: ____ Хүйс: ____	
Оршин суугаа хаяг _____					
РД: <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>		Утасны дугаар: _____			
Өвчний ангилал: <input type="checkbox"/> Уушгины		<input type="checkbox"/> Уушгины бус эрхтний			
Шинжилгээний зорилго:					
<input type="checkbox"/> Оношилгооны шин		<input type="checkbox"/> Оношилгоо өмнө нь эмчлэгдэж байсан		<input type="checkbox"/> Эмчилгээний хяналт	
Сорьцын төрөл: Плеврийн шингэн <input type="checkbox"/>		Хэвлийн шингэн <input type="checkbox"/>			
Тархи нугасны шингэн <input type="checkbox"/>		Перикардын шингэн <input type="checkbox"/>			
Сорьц цуглуулсан огноо: 20__ / __ / __		Сорьц илгээсэн огноо: 20__ / __ / __			
Илгээсэн эмчийн нэр: _____					
Лабораторид хөтлөх хэсэг:					
Сорьц хүлээн авсан: 20__ / __ / __		Гарын үсэг: _____			
Шинжилгээний дугаар <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>					
АДА шинжилгээний хариу :					
	Сорьц	Хариу	Хэмжих нэгж U/L	Огноо	Гарын үсэг

8 Интерферон-гамма тодорхойлох (IGRA) шинжилгээний бүртгэл

12 Эрчимт шатны эмчилгээний эм хэрэглэсэн тэмдэглэл, СУ-13.2 маягт

Эрчимт шатны эмчилгээний эм хэрэглэсэн тэмдэглэл:

Сар	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	Гаж нөлөөний илрэл	Тэмдэглэл

Эмнэлэгт хэвтсэн _____ он _____ сар _____ өдөр

Эмнэлгээс гарсан _____ он _____ сар _____ өдөр

Эмийн эмчилгээнээс бусад хийгдсэн эмчилгээний талаар: / мэс засал г.м/

Дүгнэлт: _____

Эмчлэгч эмч: _____

Өвчтөний гарын үсэг: _____

13 Сүрьеэгийн лабораторийн чанарын гадаад үнэлгээний түрхэц дагалдах хуудас,
 СҮ-14 маягт

Эрүүл мэндийн сайдын 20.... оны сарын тушаалаар батла
 Эрүүл мэндийн бүртгэлийн маягт СҮ-14

**Сүрьеэгийн лабораторийн чанарын гадаад үнэлгээний түрхэц дагалдах хуудас
 /СҮ-14/**

Лабораторийн нэр, код: Лаборантын нэр:

№	Түрхцийн дугаар	Овог нэр	Нас, хүйс	Шинжилгээний зорилго		Лаборантын дүн	Шалгагчийн дүн
				Оношилогоо			
				Шинэ	Эмч. байсан		

Түрхэц сонгосон эмчийн нэр, гарын үсэг :/...../...../.....
 Түрхэц илгээсэн огноо: 20 ... / ... / ...
 Түрхэц хүлээн авсан :/...../.....
 Түрхэц хүлээн авсан огноо: 20 ... / ... / ...

14 Сүрьеэгийн лабораторийн чанарын гадаад үнэлгээний эргэх холбооны хуудас,
СҮ-16 маягт

Эрүүл мэндийн сайдын 20... оны ... сарын ... тушаалаар батлав

Эрүүл мэндийн бүртгэлийн маягт СҮ-16

Сүрьеэгийн лабораторийн чанарын гадаад үнэлгээний эргэх холбооны хуудас
/СҮ-16/

Лабораторийн нэр: _____ Тайлант хугацаа: 20 ... оны ... -р улирал
Лаборантын нэр: _____ Тайланг илгээсэн хугацаа: 20 ... оны ... сар ... өдөр

Шалгагчийн дүн	Лаборантын дүн				Нийт шалгасан түрхцийн тоо
	0	Цөөн зэрэг	1+	2+	
0					
Цөөн зэрэг					
1+					
2+					
3+					
Нийт шалгасан түрхцийн тоо					

Алдааны ангилал		Тоо	Алдаатай түрхцийн дугаар	Бүх тохирсон түрхцийн хувь:
Том алдаа*	ХТ(+)			Эерэг түрхцийн тохироо
	ХТ(-)			Сөрөг түрхцийн тохироо
Жижиг алдаа**	ХЖ(+)			Хуурамч сөрөг түрхцийн хувь Хуурамч эерэг түрхцийн хувь
	ХЖ(-)			
	Тоон алдаа			
Дүн				

Түрхцийн техник үзүүлэлтүүд

Үүнээс	сайн		муу		Түрхцийн тоо	%	Түрхцийн тоо	%
	Түрхцийн тоо	%	Түрхцийн тоо	%				
Сорьцын чанар								
Будалт					Дутуу		Хэт	
Цэвэр байдал								
Зузаан, нимгэн					Нимгэн		Зузаан	
Хэмжээ					Том		Жижиг	
Жигдлэлт								

Шинжилгээг сайжруулах талаар өгсөн зөвлөмж:

Тайлан гаргасан огноо:

Тайлан гаргасан эмчийн нэр албан тушаал:

* Хуурамч эерэг, сөрөг 1+ - зэс дээш алдаа том алдаанд орно

** Жижиг алдаанд ХТН -г ширхэгээр илрүүлсэн хуурамч эерэг, сөрөг

болон эерэг хоорондын 2 зэргээр дээш, доош зөрүүлж уншсан зөрөөг тооцно

17 Сүрьеэгийн 1-р эгнээний эмийн захиалгын хуудас, СУ-23 маягт

Эрүүл мэндийн сайдын ... оны
... тоот тушаалийн хавсралт

Сүрьеэгийн 1-р эгнээний эмийн захиалгын хуудас (СУ-23)

Сүрьеэгийн тусламж үйлчилгээ үзүүлэгч байгууллага: _____ Захиалга хийсэн огноо: 20__ / __ / __

Захиалгын хамрах хугацаа: 20__ оны ____ р сараас 20__ оны ____ р сар

№	Эмийн бүлэг	Эмийн нэр	Эмийн тун	Савлалт	Сярын дундаж өвчлөл	Агуулахын үлдэгдэл	Хэрэгцээт тоо хэмжээ	Авах тоо хэмжээ	Баталсан тоо хэмжээ	Олгогдсон тоо хэмжээ	Хүлээн авсан тоо хэмжээ
1	Мэдрэг	RHZE	150/75/275/400	672							
		RHE	150/75/275	672							
		RH	150/75	336							
		EH	400/75	672							
		R	150	20							
		E	400	672							
2	Хүүхдийн эм	RHZ	75/50/150	84							
		RH	75/50	84							
		H	100	100							
		E	100	100							
3	Рифапентин + Изониазид	Rtn	150	24							
		HP	300/300	36							
4	Пиридоксин	B6	50	50							
		B6	100	250/110							

Захиалга хийсэн _____ / _____ / _____
Баталсан эрхлэгч эмч _____ / _____ / _____

Хянасан СТСА их эмч / _____ / _____
Олгосон огноо 20__ / __ / __

18 Сүрьеэгийн 2-р эгнээний эмийн захиалгын хуудас, СУ-24 маягт

Эрүүл мэндийн сайдын ... оны
... тоот тушаалийн хавсралт

Сүрьеэгийн 2-р эгнээний эмийн захиалгын хуудас (СУ-24)

Сүрьеэгийн тусламж үйлчилгээ үзүүлэгч байгууллага: _____ Захиалга хийсэн огноо: 20__ / __ / __

Захиалгын хамрах хугацаа: 20__ оны ____ р сараас 20__ оны ____ р сар

№	Бичлэний нэр	Нас/үйс	Бэлгэдлийн хэм	Эмчилгээ эхэлсэн огноо	Эмчилгээний горим / эм тус бүрийн бишрэг	Бичрэг уух эмийн тоо шорьца																										
						Савлалт	Бидруулин 100mg	Даламанид 50mg	Претианид 200mg	Эленидид 125mg	Эленидид 250mg	Претианид 25 mg	Левифлоксалин 100mg	Левифлоксалин 250mg	Левифлоксалин 500mg	Ципрофлоксалин 125mg	Ципрофлоксалин 250mg	Моксифлоксалин 400mg	Кларифлоксалин 50mg	Кларифлоксалин 100mg	Линезолид 300mg	Линезолид 600mg	Пасар 4г	Этанитрил 400mg	Пирразинаид 400mg	Изониазид 300mg	Амисолилин соли 25 mg	Стрептомицин 1000mg	Иммуни-Салакталгин 500+500	Иммуни-Салакталгин 1000mg	Витазон В6 100mg	
1						188	672	26	100	100	100	100	100	100	100	100	100	100	100	100	100	100	30	672	672	672	100	66	1	1	110/250	
2																																
3																																
4																																
5																																
6																																
7																																
8																																
Нийт:																																
Агуулахын үлдэгдэл																																
Хэрэгцээт тоо хэмжээ																																
Авах тоо хэмжээ																																
Баталсан тоо																																

Захиалга хийсэн _____ / _____ / _____
Баталсан эрхлэгч эмч _____ / _____ / _____

Хянасан СТСА их эмч / _____ / _____
Олгосон огноо 20__ / __ / __

ЭМЭНД ТЭСВЭРТЭЙ СУРЬЕЗТЭЙ ӨВЧТӨНИЙ ЭМЧИЛГЭЭ ХЯНАЛТЫН КАРТ

КАРТ хэссэн эмнэлэг: _____

Токсиколлын тодорхойлолт:
 Шлюз
 Мэдэргэ сурьээгийн дэглэл
 ЭТС-ийн дэглэл
 Мэдэргэ сурьээгийн үр дүнгүй болсны дараах
 ЭТС-ийн эмчилгээ үр дүнгүй болсны дараах
 Мэдэргэ сурьээгийн эмчилгээгээс хяналт алдагдсаны дараах
 ЭТС-ийн эмчилгээгээс хяналт алдагдсаны дараах
 Өвчөө эмчилгээний үр дүн тодорхойгүй
 Өвчөө эмчилгээний түүх тодорхойгүй

Өвчөө эмчилгээний түүх

№	Өвч	Эмчилгээ эхэлсэн огноо	Бүтэн/Горим	Үр дүн

Өвч сурьээгийн эмийг 1 сараас дээш хугацаагаар хэрэглэсэн эсэх? Тийм / Үгүй / Мэдэхгүй
Хэрэв тийм бол хэрэглэсэн эмийн доогуур зур

Эмийн нэр, товчлол
 Н-Нитроимид Pto-Птолимид В02-Бавеллин
 R-Рифамицин Eho-Ортомамид Cг-Эларитромид
 E-Эвангелол Lco-Левофлоксацин Ck-Клофазимин
 S-Стрептомицин Mbx-Моксифлоксацин Dtm-Деламаид
 Z-Паразитамид Ofc-Офлоксацин Imp-Имипенем
 Am-Амоксицилин Cbx-Галлоксацин Lzd-Линезолид
 Kln-Канамидин Cs-Циклосарин Mpo-Меропенем
 Ctr-Капреомицин Pas-Паск Inj-гариотын эмүүд

Эмийн нэр, товчлол
 Шилжиг ирсэн эсэх: Хаанаас?
 Тийм Үгүй

ХДХВ-ийн тухай мэдээлэл
 ХДХВ-ийн шинжилгээ хийлгэсэн эсэх: / Тийм/ / Үгүй/ Мэдэхгүй
 Шинжилгээ хийсэн огноо: / / Хариу
 РВЭЭ хийсэн эсэх / Тийм/ / Үгүй/ Огноо 20 / /
 КС хийсэн эсэх / Тийм/ / Үгүй/ Огноо 20 / /

ЗӨВЛӨӨГӨӨНИЙ ШИЙДВЭР

Огноо	Шийдвэр

Эмэнд тэсвэртэй хэлбэр
 ИТС, RT, ОЭТС, МЭТС-ийн уурдал, МЭЭС

Эмчилгээний горим /өдрийн тун/

Огноо	H	R	Z	E	S	Km	Am	Sm	Ofx	Lfx	Mbx	Pto	Eto	Cs	Pas	Imp	Ctz	Lzd	Bdq	Dlm	Amx/Cv	

Эм уулгасан тэмдэглэл

Эмчилгээний сэр	Хуангийн огноо	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	Жин	Хянасан хүний гарын үсэг			
0																																					
1																																					
2																																					
3																																					
4																																					
5																																					
6																																					
7																																					
8																																					
9																																					
10																																					
11																																					
12																																					
13																																					
14																																					
15																																					
16																																					
17																																					
18																																					
19																																					
20																																					

X- Сурьээгийн эмчийн хяналттай уулгасан O- хяналтгүй T- эм уугаагүй СДИ-> Өрх/Сумын эмч-> Өрхийн гишүүн -> Цахим->

3. Сүрьеэтэй өвчтөний эмчилгээний асуудлыг шийдвэрлэх эмч нарын зөвлөгөөний журмын маягтууд

Маягт 1. Эмэнд тэсвэртэй сүрьеэтэй өвчтөний эмчилгээний асуудал шийдвэрлэх эмч нарын зөвлөгөөний танилцуулга, шийдвэр /Шинээр эмчилгээ эхлэх /

Аймаг, дүүрэг, ТУБИС дугаар					
Овог нэр, нас, хүйс, регистр					
Гэрийн хаяг/Оршин суугаа хаяг					
Ам бүл, утасны дугаар					
Онош					
Өмнөх эмчилгээний түүх, сүрьеэгийн эмийн горим, тун, хугацаа					
Өвчний түүх					
Эпиданамнез					
Одоогийн үзлэг					
Лабораторийн шинжилгээ	Огноо	Дугаар	Түрхэц	Gxpert	Haip/Өсгөвөр
Биохимийн шинжилгээ	Огноо дугаар	АСАТ	АЛАТ	Креатинин	Кали
Цусны ерөнхий шинжилгээ	Огноо дугаар	Улаан эс	Гемоглобин	Цагаан эс	Тромбоцит
Бусад шинжилгээ	Биеийн жин	Бамбайн даавар	Жирэмсний сорил	Бусад	Бусад
ЗЦБ /QTsf/огноо					
Рентгений дүгнэлт/огноо					
Гэр бүлийн гишүүдийн урьдчилан сэргийлэх үзлэгийн дүгнэлт					
Зөвлөгөөнд оруулах санал					
Нэмэлт мэдээлэл					
Зөвлөгөөний шийдвэр					

Рентген зураг, ЭКГ, бусад холбогдох шинжилгээг хавсаргах.

Танилцуулга бичсэн эмч...../ /

Огноо.....20 оны сарын өдөр

Маягт 2. Эмэнд тэсвэртэй сүрьеэтэй өвчтөний эмчилгээний асуудал шийдвэрлэх эмч нарын зөвлөгөөний танилцуулга, шийдвэр

/Сүрьеэгийн клиникээс харьяа аймаг, дүүрэгт гарах /

Аймаг, дүүрэг, ТУБИС дугаар						
Овог нэр, нас, хүйс, регистр						
Гэрийн хаяг/Оршин суугаа хаяг						
Ам бүл, утасны дугаар						
Онош, эмийн тэсвэржилт						
ЭТС-ийн эмчилгээ эхэлсэн огноо, ор хоног						
Эмчилгээний горим						
Гаж нөлөө, авсан арга хэмжээ						
Одоогийн үзлэг						
Хяналтын шинжилгээ		0 сар	1 сар	2 сар	3 сар	4 сар
	Огноо					
	Дугаар					
	Түрхэц					
Биохими	Өсгөвөр					
	Огноо					
	АСАТ					
	АЛАТ					
	Креатинин					
ЦДШ	Кали					
	Огноо					
	Улаан эс					
	Гемоглобин					
	Цагаан эс					
Тромбоцит						
Биеийн жин						
ЗЦБ /QTsf						
Зөвлөгөөнд орох үеийн рентгений дүгнэлт, огноо						
Эмнэлгээс гарах үеийн рентгений дүгнэлт /огноо						
Зөвлөгөөнд оруулах санал						
Нэмэлт мэдээлэл						
Зөвлөгөөний шийдвэр						

Рентген зураг, ЭКГ, бусад холбогдох шинжилгээг хавсаргах.

Танилцуулга бичсэн эмч...../ /

Огноо.....20 оны сарын өдөр

Маягт 3. Эмэнд тэсвэртэй сүрьеэтэй өвчтөний эмчилгээний асуудал шийдвэрлэх эмч нарын зөвлөгөөний танилцуулга, шийдвэр

/ Эмчилгээний явцын хяналт /

Аймаг, дүүрэг, ТУБИС дугаар												
Овог нэр, нас, хүйс, регистр												
Гэрийн хаяг/Оршин суугаа хаяг												
Ам бүл, үтасны дугаар												
Онош, эмийн тэсвэржилт												
ЭТС-ийн эмчилгээ эхэлсэн огноо, үргэлжилсэн хугацаа												
Эмчилгээний горим												
Гаж нөлөө, авсан арга хэмжээ												
Одоогийн үзлэг												
Хяналтын шинжилгээ		0 сар	1 сар	2 сар	3 сар	4 сар	5 сар	6 сар	7 сар	8 сар	9 сар	
	Огноо											
	Дугаар											
	Түрхэц											
	Өсгөвөр											
Биохими	Огноо											
	АСАТ											
	АЛАТ											
	Креатинин											
	Кали											
ЦДШ	Огноо											
	Улаан эс											
	Гемоглобин											
	Цагаан эс											
	Тромбоцит											
Биеийн жин												
ЗЦБ /QTsf												
Эмчилгээ эхлэх үеийн рентгений дүгнэлт, огноо												
Зөвлөгөөнд орох үеийн рентгений дүгнэлт /огноо												
Зөвлөгөөнд оруулах санал												
Нэмэлт мэдээлэл												
Зөвлөгөөний шийдвэр												

Рентген зураг, ЭКГ, бусад холбогдох шинжилгээг хавсаргах.

Танилцуулга бичсэн эмч...../ /

Огноо.....20 оны сарын өдөр

Маягт 4. Эмэнд тэсвэртэй сүрьеэтэй өвчтөний эмчилгээний асуудал шийдвэрлэх эмч нарын зөвлөгөөний танилцуулга, шийдвэр

/ эмчилгээний үр дүн тооцуулах/

Аймаг, дүүрэг, ТУБИС дугаар												
Овог нэр, нас, хүйс, регистр												
Гэрийн хаяг/Оршин суугаа хаяг												
Ам бүл, үтасны дугаар												
Онош, эмийн тэсвэржилт												
ЭТС-ийн эмчилгээ эхэлсэн огноо, үргэлжилсэн хугацаа												
Эмчилгээний горим												
Гаж нөлөө, авсан арга хэмжээ												
Одоогийн үзлэг												
Хяналтын шинжилгээ		0 сар	1 сар	2 сар	3 сар	4 сар	5 сар	6 сар	7 сар	8 сар	9 сар	
	Огноо											
	Дугаар											
	Түрхэц											
Биохими	Өсгөвөр											
	Огноо											
	АСАТ											
	АЛАТ											
ЦДШ	Креатинин											
	Кали											
	Огноо											
	Улаан эс											
	Гемоглобин											
Биенийн жин	Цагаан эс											
	Тромбоцит											
ЗЦБ /QTsf												
Эмчилгээ эхлэх үеийн рентгений дүгнэлт, огноо												
Эмчилгээний төгсгөлд хийгдсэн рентгений дүгнэлт, огноо												
Гэр бүлийн гишүүдийн урьдчилан сэргийлэх давтан үзлэгийн дүгнэлт												

Зөвлөгөөнд оруулах санал	
Нэмэлт мэдээлэл	
Зөвлөгөөний шийдвэр	

Рентген зураг, ЭКГ, бусад холбогдох шинжилгээг хавсаргах.

Танилцуулга бичсэн эмч.

Огноо: 2022 оны сарын өдөр...../ /

5. Сүрьеэгийн эм бэлдмэл, урвалж бодис, халдварын сэргийлэлт, хяналтын хэрэгслийн ханган нийлүүлэлтийн журмын маягтууд

1 Сүрьеэгийн 1-р эгнээний эмийн тайлан, СУ-26 маягт

Сүрьеэгийн 1-р эгнээний эмийн тайлан (СУ-26)

Сүрьеэгийн тусламж үйлчилгээ үзүүлэгч байгууллага: _____

Тайлан гаргасан огноо: 20 / / 7
Тайлант хугацаа: 20 _____ оны _____ р сараас 20 _____ оны _____ р сар

№	Эмийн бүлэг	Эмийн нэр	Эмийн тун	Салвалт	Эмийн зарцуулалтын тайлан						Буцаж ирсэн эмийн тайлан				Нийт үлдэгдэл	Ноц сараар
					Хүчинтэй хугацаа	Серийн дугаар	Эмий үлдэгдэл	Орлого	Зарлага	Үлдэгдэл	Эмчилгээ тасалсан		Шилжсэн			
											Горим өөрчлөгдсөн	Горим өөрчлөгдсөн	Горим өөрчлөгдсөн	Горим өөрчлөгдсөн		
1	Задгай	РН-ЭЕ	150/75/27	672												
		РН-Е	150/75/27	672												
		РН	150/75	336												
		ЕН	400/75	672												
		Р	150	20												
		Е	400	672												
2	Хүүхдийн эм	Н	300	672												
		РН-С	75/50/150	84												
		РН1	75/50	84												
		Е	100	100												
		Н	100	100												
3	Пиридоксин	ВВ	50мг	50												
		ВВ	100мг	110/250												
4	Рифампилин + Изониазид	РН1	150	24												
		НР	300/300	36												

Тайлан гаргасан: _____
Баталсан эрхлэгч эмч: _____

Хүлээн авсан СТСА их эмч / _____
Хүлээн авсан огноо 20 / / _____

2 Сүрьеэгийн 2-р эгнээний эмийн тайлан, СУ-27 маягт

Сүрьеэгийн 2-р эгнээний эмийн тайлан (СУ-27)

Сүрьеэгийн тусламж үйлчилгээ үзүүлэгч байгууллага: _____

Тайлан гаргасан огноо: _____
Тайлант хугацаа: 20 _____ оны _____ р сараас 20 _____ оны _____ р сар

№	Эмийн нэр	Эмийн тун	Эмийн зарцуулалтын тайлан						Буцаж ирсэн эмийн тайлан				Нийт үлдэгдэл	Ноц сараар	
			Хүчинтэй хугацаа	Серийн дугаар	Эмий үлдэгдэл	Орлого	Зарлага	Үлдэгдэл	Эмчилгээ тасалсан		Шилжсэн				
									Горим өөрчлөгдсөн	Горим өөрчлөгдсөн	Горим өөрчлөгдсөн	Горим өөрчлөгдсөн			
1	Бетадулин	100мг													
2	Бетадулин	20мг													
3	Деламаид	50мг													
4	Этионамид	125мг													
5	Этионамид	250мг													
6	Протинамид	250мг													
7	Левофлоксацин	100мг													
8	Левофлоксацин	250мг													
9	Левофлоксацин	500мг													
10	Моксифлоксацин	400мг													
11	Циклосерин	125мг													
12	Циклосерин	250мг													
14	Пиразинамид	400мг													
15	Клофазимин	50мг													
16	Клофазимин	100мг													
17	Линезолид	150мг													
18	Линезолид	600мг													
19	Изониазид	300мг													
20	Имипенем+Силастатин	500мг													
21	Меропенем	1000мг													
22	Амоксициллин-Клавуляны хүчил	385мг													
23	Стрептомицин	1000мг													
24	Пиридоксин	50мг													
25	Пиридоксин	100мг													

Тайлан гаргасан: _____
Баталсан эрхлэгч эмч: _____

Хүлээн авсан СТСА их эмч / _____
Хүлээн авсан огноо 20 / / _____

3 Сүрьеэгийн 1-р эгнээний эмийн захиалгын хуудас, СУ-23 маягт

Сүрьеэгийн 1-р эгнээний эмийн захиалгын хуудас (СУ-23)

Сүрьеэгийн тусламж үйлчилгээ үзүүлэгч байгууллага: _____ Захиалга хийсэн огноо: _____

Захиалгын хамрах хугацаа: 20.....оны-р сараас 20.....оны-р сар

№	Эмийн бүлэг	Эмийн нэр	Эмийн тун	Савлалт	Сарын дундаж өвчлөл	Агуулахын үлдэгдэл	Хэрэгцээт тоо хэмжээ	Авах тоо хэмжээ	Баталсан тоо хэмжээ	Олгогдсон тоо хэмжээ	Хүлээн авсан тоо хэмжээ
1	Мэдрэг	RHZE	150/75/275/672								
		RHE	150/75/275	672							
		RH	150/75	336							
		EH	400/75	672							
		R	150	20							
		E	400	672							
		H	300	672							
2	Хүүхдийн эм	RHZ	75/50/150	84							
		RH	75/50	84							
		H	100	100							
		E	100	100							
3	Рифапентин	Rtn	150	24							
	Рифапентин + Изониазид	HP	300/300	36							
4	Пиридоксин	B6	50	50							
		B6	100	250/110							

Захиалга хийсэн: / / Хянасан СТСА их эмч / /
 Баталсан эрхлэгч эмч / / Олгосон огноо: 20 / /

4 Сүрьеэгийн 2-р эгнээний эмийн захиалгын хуудас, СУ-24 маягт

Сүрьеэгийн 2-р эгнээний эмийн захиалгын хуудас (СУ-24)

Сүрьеэгийн тусламж үйлчилгээ үзүүлэгч байгууллага: _____ Захиалга хийсэн огноо: 20 / /

Захиалгын хамрах хугацаа: 20.....оны-р сараас 20.....оны-р сар

№	Өвчтөний нэр	Нас/хүйс	Биеийн жин	Эмчилгээ эхэлсэн огноо	Эмчилгээний горим / эм тус бүрийг бичиж	Өдөрт уух эмийн тоо ширхэг																			
						Бедвулин 100мг	Деламанид 50мг	Претоманид 200мг	Этионамид 125мг	Этионамид 250мг	Протинамид 25 мг	Леворфлоксацин 100мг	Леворфлоксацин 250мг	Леворфлоксацин 500мг	Циклосарин 125мг	Циклосарин 250мг	Моксифлоксацин 400мг	Клофазимин 50мг	Клофазимин 100мг	Линезолид 300мг	Линезолид 600мг	Этамбутол 400мг	Пиразинамид 400мг	Изониазид 300мг	Амоксициллин/клава 25 мс
	Савлалт					188	672	26	100	100	100	100	100	100	100	100	100	100	672	672	672	100	60	1	1
1																									
2																									
3																									
4																									
5																									
6																									
7																									
8																									
	Нийт																								
	Агуулахын үлдэгдэл																								
	Хэрэгцээт тоо хэмжээ																								
	Авах тоо хэмжээ																								
	Баталсан тоо																								

Захиалга хийсэн: / / Хянасан СТСА их эмч / /
 Баталсан эрхлэгч эмч / / Олгосон огноо 20 / /

6. Тайлангийн маягууд

2. Сүрьеэгийн тохиолдлын бүртгэлийн тайлан, СУ-7 маягт

Сүрьеэгийн тохиолдлын бүртгэлийн тайлан

Сүрьеэгийн тусламж үйлчилгээ үзүүлэгч байгууллага: _____
 Зохицуулагч эмчийн нэр: _____ Гарын үсэг: _____

Тайлант хугацаа: 20 ____ оны ____ р сар
 Тайлант илгээсэн огноо: 20 ____ / ____ / ____

1. Тайлант хугацаанд бүртгэгдсэн сүрьеэгийн бүх тохиолдол

Сүрьеэгийн хэлбэр	Шинэ	Өмнөх эмчлэгдсэн				Өмнөх эмчлэгээний үр дүн тодорхойгүй	Бүгд
		Давилт	Эмчилгээ үр дүнтэй бөлгөн дараах	Хяналт алдагдсаны дараах	Бусад (Өмнөх эмчлэгээний үр дүн тодорхойгүй)		
Уушгины, нян судлалаар батлагдсан	ЦТШ эерэг/МБШ эерэг						
	ЦТШ сөрөг/МБШ эерэг						
	Өсгөөр эерэг						
Уушгины, эмнэлзүйгээр оношлогдсон							
Уушгины бус эрхний							
Бүгд							
Үүнээс; ЭМЧТШ-нд хамрагдсан байдал							

2. Тайлант хугацаанд ЦЭНЭЗ ба ДАХИЛТ-р бүртгэгдсэн сүрьеэгийн тохиолдол нас, хүйсээр

Сүрьеэгийн хэлбэр	Хүйс	Шинэ										Давилт								
		0-4	5-14	15	16-24	25-34	35-44	45-54	55-64	65+	0-4	5-14	15	16-24	25-34	35-44	45-54	55-64	65+	
Уушгины, нян судлалаар батлагдсан	эр																			
	эм																			
	эр																			
	эм																			
Өсгөөр эерэг	эр																			
	эм																			
Уушгины, эмнэлзүйгээр оношлогдсон																				
Уушгины бус эрхний																				
Бүгд																				

3. Илрүүлэлтийн мэдээлэл

	Амбулаторийн үзлэгээр	Урьдчилан сэргийлэх үзлэгээр	Идэвхитэй илрүүлэлтээр
Нийт хамрагдсан тоо			
Үүнээс; илэрсэн сүрьеэ			

Тайлбар:

Хүлээн авсан хүний нэр: _____

4. ХДХВ-ийн шинжилгээнд хамрагдсан байдал

Хамрагдвал зохих	Хамрагдсан/статусав мэдэж байгаа	ХДХВ-ийн халдвартай

Хүлээн авсан огноо: 20 ____ / ____ / ____

2 Сүрьеэгийн эмчилгээний үр дүнгийн тайлан СУ-8 маягт

Сүрьеэгийн эмчилгээний үр дүнгийн тайлан СУ-8

Сүрьеэгийн тусламж үйлчилгээ үзүүлэгч байгууллага: _____ Тайлант хугацаа: 20 ____ оны ____ -р улирал
 Зохицуулагч эмчийн нэр: _____ Гарын үсэг: _____ Тайланг илгээсэн огноо: 20 ____ / ____ / ____

1. Тайлант хугацаанд бүртгэгдсэн сүрьеэгийн бүх тохиолдол

Сүрьеэгийн хэлбэр	Бүртгэгдсэн нийт тохиолдлын тоо	Үүнээс эмчилгээнд хамрагдсан	Эмчилгээний үр дүн тооцсон					
			Эдгэрсэн	Эмчилгээ дуусгаван	Нас барсан	Үр дүнгүй	Хяналт алдагдсан	Дүгнэгдээгүй
1. Шинээр бүртгэгдсэн								
Уушгины нян судлалаар батлагдсан (ЦТШ зэрэг/МБШ зэрэг)								
Уушгины нян судлалаар батлагдсан (ЦТШ сөрөг/МБШ зэрэг)								
Уушгины нян судлалаар батлагдсан (Өсгөөр зэрэг)								
Уушгины эмнэлзүйгээр оношлогдсон								
Уушгины бус эрктаний								
2. Өмнө нь эмчлэгдсэн								
Дахилт								
Үр дүнгүй болсны дараах								
Хяналт алдагдсаны дараах								
Өмнөх эмчилгээний үр дүн тодорхойгүй								
3. Өмнөх эмчилгээний түүх тодорхойгүй								
4. ХДХВ зэрэг, бүх хэлбэрийн сүрьеэ								

2. Сүрьеэ, ХДХВ-ийн хавсарсан халдвар

ХДХВ-ийн халдвартай	РВЭЭ-д хамрагдсан	КУСЭ-д хамрагдсан

3. Хамтын ажиллагаа-Эмчилгээ хяналт

Өрх/сумын эмнэлэгт	СДИ-ээр	Өрхийн гишүүний хяналт	Диспансерт	Цахим хяналт	Бусад ЭМБ-аар

Тайлбар:

Хүлээн авсан хүний нэр: _____

Хүлээн авсан огноо: 20 ____ / ____ / ____

3 Цэрний түрхэц зэрэг сүрьеэгийн тохиолдлын эмчилгээний 2 (3) дахь сард түрхэц сөрөгт шилжилтийн тайлан, СУ-9 маягт

Цэрний түрхэц зэрэг сүрьеэгийн тохиолдлын эмчилгээний 2 (3) дахь сард түрхэц сөрөгт шилжилтийн тайлан

Сүрьеэгийн тусламж үйлчилгээ үзүүлэгч байгууллага: _____ Тайлант хугацаа: 20 ____ оны ____ -р улирал
 Зохицуулагч эмчийн нэр: _____ Гарын үсэг: _____ Тайланг илгээсэн огноо: 20 ____ / ____ / ____

Сүрьеэгийн хэлбэр	Бүртгэгдсэн нийт түрхэц зэрэг тохиолдлын тоо	Үүнээс эмчилгээнд хамрагдсан	Түрхэц сөрөг болсон		Түрхэц зэрэг хэвээр	Шинжилгээ өгөөгүй			
			2 дахь сард	3 дахь сард		Нас барсан	Хяналт алдагдсан	ЭТС-д шилжсэн	Бусад
Шинэ									
Дахилт									
Үр дүнгүй болсны дараах									
Хяналт алдагдсаны дараах									
Өмнөх эмчилгээний үр дүн тодорхойгүй									
Өмнөх эмчилгээний түүх тодорхойгүй									
Нийт									

Тайлбар:

Хүлээн авсан хүний нэр: _____

Хүлээн авсан огноо: 20 ____ / ____ / ____

4 Сүрьеэтэй өвчтөний хавьтлын илрүүлэлтийн тайлан, СҮ-12 маягт
Сүрьеэтэй өвчтөний хавьтлын илрүүлэлтийн тайлан

Сүрьеэгийн түслэмж үйлчилгээ үзүүлэгч байгууллага: _____ Тайлант хугацаа: 20... оны...р улирал
Тайлан хийсэн: Аймаг дүүргийн ЭМТ-ийн даргын нэр: _____ Гарын үсэг: _____
Тайлан гаргасан: Аймаг дүүргийн ЭМТ-ийн тархвар судлаачийн нэр: _____ Гарын үсэг: _____
Тайлан илгээсэн огноо: 20 / /

Индекс тохиолдол	Тохиолдлын тоо	Үзлэг, шинжилгээнд хамрагдаагүй зохих хавьтлын тоо			Үүнээс үзлэг, шинжилгээнд хамрагдсан хавьтлын тоо		Сүрьеэтэй илэрсэн тохиолдлын тоо	Үүнээс эмчилгээнд хамрагдсан	Туберкулины арьсны сорилт зэрэг	ИГРЭ зэрэг	Урьчилан сэргийлэх эмчилгээнд хамрагдсан тоо	
		Нийт хавьтал	Насанд хүрсэн	0-15 нас	Насанд хүрсэн	0-15 нас					Насанд хүрсэн	0-15 нас
Нэн судлалаар батлагдсан уушгины сүрьеэ /шимс+дахилт/												
Хүүхдийн сүрьеэ /0-15 нас/												
Эмэнд тэсвэртэй сүрьеэ												
ХДХВ-ийн халдвартай, сүрьеэгээр өвчилсөн тохиолдол												
Бүгд												

Тайлбар: Нэн судлалаар батлагдсан уушгины сүрьеэ/Цэргийн турцийн шинжилгээ зэрэг, Молекул биологийн шинжилгээ зэрэг, Өсгөвөр зэрэг/
Хүүхдийн сүрьеэ: Нэн судлалаар батлагдсан уушгины сүрьеэгийн хавьтлаас өвчилсөн хүүхдийн сүрьеэг оруулахгүй.

Хүлээн авсан хүний нэр: _____

Хүлээн авсан огноо: 20 / /

5 Сүрьеэтэй өвчтөний хавьтлын давтан үзлэг, шинжилгээний хамралтын тайлан, СҮ-12.1 маягт

Сүрьеэтэй өвчтөний хавьтлын давтан үзлэг, шинжилгээний хамралтын тайлан
 Сүрьеэгийн тусламж үйлчилгээ үзүүлэгч байгууллага: _____ Тайланг хугацаа: 20... оны... р улирал
 Тайлан хянасан: Аймаг дүүргийн ЭМТ-ийн даргын нэр: _____ Гарын үсэг: _____
 Тайлан гаргасан: Аймаг дүүргийн ЭМТ-ийн тэрхвар судлаачийн нэр: _____ Гарын үсэг: _____
 Тайлан илгээсэн өгнөө: 20.../.../...
 Тайлбар: Уг тайланг сүрьеэгийн цахим бүртгэл мадааллийн систем /ТУБИС/-ээс татна.

Индекс тохиолдол	Нэн судлагдаж батлагдсан уушгины сүрьеэ /шинэ+дажилт/	Хүүхдийн сүрьеэ (0-15 нас)	Эгцэнд тэсвэртэй сүрьеэ	ХД/ХБ-ийн хэлдвэртэй, сүрьеэгээр өвчилсөн тохиолдол	Бүгд
Хавьтлын хяналтын 6 дахь сарын үзлэг, шинжилгээний тайлан					
Тохиолдлын тоо					
Үзлэг, шинжилгээнд хамрагдавал зохих хавьтлын тоо	Нийт хавьтал				
	Насанд хүрсэн 0-15 нас				
Үүнээс үзлэг, шинжилгээнд хамрагдсан хавьтлын тоо	Насанд хүрсэн 0-15 нас				
	Сүрьеэтэй илэрсэн тохиолдлын тоо				
Үүнээс эмчилгээнд хамрагдсан					
Туберкулины арьсны сорил зэрэг					
ИГРА зэрэг					
Урьдчилан сэргийлэх эмчилгээнд хамрагдсан тоо					
Хавьтлын хяналтын 12 дахь сарын үзлэг, шинжилгээний тайлан					
Тохиолдлын тоо					
Үзлэг, шинжилгээнд хамрагдавал зохих хавьтлын тоо	Нийт хавьтал				
	Насанд хүрсэн 0-15 нас				
Үүнээс үзлэг, шинжилгээнд хамрагдсан хавьтлын тоо	Насанд хүрсэн 0-15 нас				
	Сүрьеэтэй илэрсэн тохиолдлын тоо				
Үүнээс эмчилгээнд хамрагдсан					
Туберкулины арьсны сорил зэрэг					
ИГРА зэрэг					
Урьдчилан сэргийлэх эмчилгээнд хамрагдсан тоо					
Хавьтлын хяналтын 18 дэх сарын үзлэг, шинжилгээний тайлан					
Тохиолдлын тоо					
Үзлэг, шинжилгээнд хамрагдавал зохих хавьтлын тоо	Нийт хавьтал				
	Насанд хүрсэн 0-15 нас				
Үүнээс үзлэг, шинжилгээнд хамрагдсан хавьтлын тоо	Насанд хүрсэн 0-15 нас				
	Сүрьеэтэй илэрсэн тохиолдлын тоо				
Үүнээс эмчилгээнд хамрагдсан					
Туберкулины арьсны сорил зэрэг					
ИГРА зэрэг					
Урьдчилан сэргийлэх эмчилгээнд хамрагдсан тоо					
Хавьтлын хяналтын 24 дэх сарын үзлэг, шинжилгээний тайлан					
Тохиолдлын тоо					
Үзлэг, шинжилгээнд хамрагдавал зохих хавьтлын тоо	Нийт хавьтал				
	Насанд хүрсэн 0-15 нас				
Үүнээс үзлэг, шинжилгээнд хамрагдсан хавьтлын тоо	Насанд хүрсэн 0-15 нас				
	Сүрьеэтэй илэрсэн тохиолдлын тоо				
Үүнээс эмчилгээнд хамрагдсан					
Туберкулины арьсны сорил зэрэг					
ИГРА зэрэг					
Урьдчилан сэргийлэх эмчилгээнд хамрагдсан тоо					

Хүлээн авсан хүний нэр: _____ Хүлээн авсан өгнөө: 20.../.../...

6 Эмэнд тэсвэртэй сүрьеэгийн тохиолдлын бүртгэлийн тайлан, ЭТС-7 маягт

Эмэнд тэсвэртэй сүрьеэгийн тохиолдлын бүртгэлийн тайлан ЭТС-7

Сүрьеэгийн тусламж үйлчилгээ үзүүлэгч байгууллага: _____
 Зохицуулагч эмчийн нэр: _____, Гарын үсэг: _____

Тайланг хугацаа: 20 ____ оны ____-р сар
 Тайланг итгээсэн огноо: 20 ____ / ____ / ____

Рифампицинд тэсвэртэй сүрьеэгийн тохиолдол	Хэлбэр		Бүртгэгдсэн байдал								Өмнөх эмчилгээний түүх тодорхойгүй	Тайл оношлогдсон тохиолдлын тоо	Эмчилгээ эхлэсэн тохиолдлын тоо	
	У	УБЭ	Шинэ	Өмнө эмчлэгдэж байсан										
				Дөхөлт		Үр дүнгүй болсоны дараах		Хяналт алдагдсаны дараах		2(3) сард сөрөгт шилжээгүй				Өмнөх эмчилгээний үр дүм тодорхойгүй
				Мэдээг сүрьеэ	ЭТС	Мэдээг сүрьеэ	ЭТС	Мэдээг сүрьеэ	ЭТС					
Изониазидад тэсвэртэй														
Рифампицинд тэсвэртэй														
Олон эмэнд тэсвэртэй														
Маш олон эмэнд тэсвэртэй сүрьеэгийн урьдал														
Маш олон эмэнд тэсвэртэй														
Эмнэлзүйгээр оношлогдсон														
Бүгд														

Бүртгэгдсэн ЭТС-ийн тохиолдол нас, хүйсээр:

ЭТС-ийн ангилал	Хүйс	0-4	5-14	15	16-24	25-34	35-44	45-54	55-64	65+	Бүгд
Изониазидад тэсвэртэй	эр эм										
Рифампицинд тэсвэртэй	эр эм										
Олон эмэнд тэсвэртэй	эр эм										
Маш олон эмэнд тэсвэртэй сүрьеэгийн урьдал	эр эм										
Маш олон эмэнд тэсвэртэй	эр эм										
Эмнэлзүйгээр оношлогдсон	эр эм										
Бүгд	эр эм										

Тайлбар: _____ Хүлээн авсан хүний нэр: _____ Хүлээн авсан огноо: 20 ____ / ____ / ____

7 Эмэнд тэсвэртэй сүрьеэгийн тохиолдлын бүртгэлийн эмчилгээний үр дүнгийн тайлан, ЭТС-8 маягт

Эмэнд тэсвэртэй сүрьеэгийн тохиолдлын бүртгэлийн эмчилгээний үр дүнгийн тайлан ЭТС-8

Сүрьеэгийн тусламж үйлчилгээ үзүүлэгч байгууллага: _____
 Зохицуулагч эмчийн нэр: _____, Гарын үсэг: _____

Тайланг хугацаа: 20 ____ оны ____-р сар
 Тайланг итгээсэн огноо: 20 ____ / ____ / ____

Рифампицинд тэсвэртэй сүрьеэгийн тохиолдол	Оношлогдсон нийт тохиолдол	Үүнээс эмчилгээнд хамрагдсан тохиолдлын тоо	Эдгэрсэн	Эмчилгээ дуусгасан	Нас барсан	Үр дүнгүй	Хяналт алдагдсан	Дүгнэгдээгүй	Бүгд	Тайлбар
Изониазидад тэсвэртэй										
Рифампицинд тэсвэртэй										
Олон эмэнд тэсвэртэй										
Маш олон эмэнд тэсвэртэй сүрьеэгийн урьдал										
Маш олон эмэнд тэсвэртэй										
Эмнэлзүйгээр оношлогдсон										
Бүгд										

Тайлбар: _____ Хүлээн авсан хүний нэр: _____ Хүлээн авсан огноо: 20 ____ / ____ / ____

8 Эмэнд тэсвэртэй сүрьеэгийн тохиолдлын эмчилгээний 3 дахь сарын өсгөвөрийн сөрөгт шилжилтийн тайлан, ЭТС-9 маягт

Эмэнд тэсвэртэй сүрьеэгийн тохиолдлын эмчилгээний 3 дахь сарын өсгөвөрийн сөрөгт шилжилтийн тайлан/ЭТС-9/
(1 улирлын өмнө эмчилгээ эхэлсэн тохиолдлууд)

Сүрьеэгийн тусламж үйлчилгээ үзүүлэгч байгууллага: _____ Тайлант хугацаа: 20 ____ оны ____ -р сар
Зохицуулагч эмчийн нэр: _____, Гарын үсэг: _____ Тайланг илгээсэн огноо: 20 ____ / ____ / ____

Эмэнд тэсвэртэй сүрьеэгийн тохиолдол	Оношлогдсон тохиолдлын тоо	Эмчилгээ эхэлсэн тохиолдлын тоо	Өсгөөр сөрөг	Өсгөөр зөрөг	Өсгөвөрийн шинжилгээ хийгдээгүй шалтгаан		
					Шинжилгээ өгөөгүй	Хяналт алдагдсан	Нас барсан
Изониазидад тэсвэртэй	У УБЭ						
Рифампицинд тэсвэртэй	У УБЭ						
Олон эмэнд тэсвэртэй	У УБЭ						
Маш олон эмэнд тэсвэртэй сүрьеэгийн урьдал	У УБЭ						
Маш олон эмэнд тэсвэртэй	У УБЭ						
Эмнэлгүйгээр оношлогдсон	У УБЭ						
Бүгд	У УБЭ						

Тайлбар: _____ Хүлээн авсан хүний нэр: _____ Хүлээн авсан огноо: 20 ____ / ____ / ____

9 Сүрьеэгийн урьдчилан сэргийлэх эмчилгээний үр дүнгийн тайлан, УСЭ-8 маягт

Сүрьеэгийн урьдчилан сэргийлэх эмчилгээний үр дүнгийн тайлан УСЭ-8

Сүрьеэгийн тусламж үйлчилгээ үзүүлэгч байгууллага: _____ Тайлант хугацаа: 20 ____ оны ____ -р улирал
Зохицуулагч эмчийн нэр: _____, Гарын үсэг: _____ Тайланг илгээсэн огноо: 20 ____ / ____ / ____

1. Тайлант хугацаанд бүртгэгдсэн сүрьеэгийн бүх тохиолдол

Сүрьеэгийн хэлбэр	Урьдчилан сэргийлэх эмчилгээнд хамрагдсан	Эмчилгээний үр дүн				
		Эмчилгээ дуусгасан	Нас барсан	Үр дүнгүй	Хяналт алдагдсан	Дүгнэгдээгүй
Нян судлагаар батлагдсан уушгины сүрьеэтэй өвчтөний өрхийн хавьтал						
Эмэнд тэсвэртэй сүрьеэтэй өвчтөний өрхийн хавьтал						
ХДХВ халдвартай хүн						
Дэгдэлтэд өртсөн тохиолдол						
Сүрьеэгээр өвчлөх өндөр эрсдэлтэй эрүүл мэндийн шалтгаан						
Бусад						
Бүгд						

2. Хамтын ажиллагаа-Эмчилгээ хяналт

Урьдчилан сэргийлэх эмчилгээнд хамрагдсан тохиолдлын нийт тоо	Үүнээс:					
	Диспансерт	Өрх/сумын эмчидэгт	СДИ-ээр	Өрхийн гишүүний хяналт	Цахим хяналт	Бусад

Тайлбар: _____ Хүлээн авсан хүний нэр: _____ Хүлээн авсан огноо: 20 ____ / ____ / ____

12 Сүрьеэгийн 2-р эгнээний эмийн тайлан, СУ-27 маягт

Сүрьеэгийн 2-р эгнээний эмийн тайлан (СУ-27)													ТООТ ТУШААЛИЙН ХАВСРАЛТ			
Сүрьеэгийн тусламж үйлчилгээ үзүүлэгч байгууллага:													Тайлан гаргасан огноо: 20.../.../...			
Тайланг хугацаа: 20... оны ... р сарас 20... оны ... р сар																
№	Эмийн нэр	Эмийн тун	Эмийн зарцуулалтын тайлан						Буцаж ирсэн эмийн тайлан					Нийт үлдэгдэл	Нөөц сараар	Нийт үнэ
			Хүчинтэй хугацаа	Сөрлийн дугаар	Эгнээг үлдэгдэл	Нали үнэ	Орлого	Зарлага	Үлдэгдэл	Эмчилгээ тасалсан Үр дүн тооцсон	Нас барсан	Шилжсэн	Горим өөрчлөгдсөн			
1	Ведокулин	100мг						0					0	0	#DIV/0!	0
2	Ведокулин	20мг						0					0	0	#DIV/0!	0
3	Даламанд	50мг						0					0	0	#DIV/0!	0
4	Этионамид	125мг						0					0	0	#DIV/0!	0
5	Этионамид	250мг						0					0	0	#DIV/0!	0
6	Протинамид	250мг						0					0	0	#DIV/0!	0
7	Левифлоксацин	100мг						0					0	0	#DIV/0!	0
8	Левифлоксацин	250мг						0					0	0	#DIV/0!	0
9	Левифлоксацин	500мг						0					0	0	#DIV/0!	0
10	Моксифлоксацин	400мг						0					0	0	#DIV/0!	0
11	Циклосарин	125мг						0					0	0	#DIV/0!	0
12	Циклосарин	250мг						0					0	0	#DIV/0!	0
13	Пасер	4гр						0					0	0	#DIV/0!	0
14	Паразитонид	400мг						0					0	0	#DIV/0!	0
15	Клофазимик	50мг						0					0	0	#DIV/0!	0
16	Клофазимин	100мг						0					0	0	#DIV/0!	0
17	Линезолид	300мг						0					0	0	#DIV/0!	0
18	Линезолид	600мг						0					0	0	#DIV/0!	0
19	Изониазид	300мг						0					0	0	#DIV/0!	0
20	Имиленам+Силастатин	500мг						0					0	0	#DIV/0!	0
21	Меропенем	1000мг						0					0	0	#DIV/0!	0
22	Амоксициллин-Клавулин хүчил	365мг						0					0	0	#DIV/0!	0
23	Стрептомицин	1000мг						0					0	0	#DIV/0!	0
24	Паридоксин	50мг						0					0	0	#DIV/0!	0
25	Паридоксин	100мг						0					0	0	#DIV/0!	0

Хүлээн авсан СТСА их эмч /
Хүлээн авсан огноо 20.../.../...

13 Сүрьеэгийн 2-р эгнээний эмийн дэлгэрэнгүй тайлан, СУ-27.1 маягт

Сүрьеэгийн 2-р эгнээний эмийн дэлгэрэнгүй тайлан																														
Аймаг, дүүрэг:																														
Нэр	Регистрын дугаар	Эмийн нэр	Дозлогын хэлбэр	Тусламж үйлчилгээний төрөл	Всц 100	Всц 20	Ден 80	Рв 200	Вр 125	Вв 250	Рв 250	Лв 100	Лв 250	Лв 500	Z 400	E 400	Q 125	Q 250	Фв 4.0	Qz 80	Qz 100	Lz 300	Lz 800	H 300	M 250	M 1.0	B 300	B 1000	B 50	B 100
1					0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0
2					0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0
3					0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0
4					0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0
5					0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0
6					0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0
6					0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0
7					0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0
8					0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0
8					0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0

14 Сүрьеэгийн лабораторийн түрхцийн шинжилгээний сарын тайлан, СҮ-6 маягт

Сүрьеэгийн лабораторийн түрхцийн шинжилгээний сарын тайлан
/СҮ-6/

Лабораторийн нэр: Тайлант хугацаа : 20 оны сар

Сүрьеэгийн хэлбэр		Оношилогоо						Эмчилгээ хяналт			Нийт дүн
		Шинэ			Өмнө нь эмчлэгдэж			Эерэг	Сөрөг	Бүгд	
		Эерэг	Сөрөг	Бүгд	Эерэг	Сөрөг	Бүгд				
Уушгины	Хүний тоо										
	Түрхцийн										
Уушгины бус	Хүний тоо										
	Түрхцийн										
Нийт дүн	Хүний тоо										
	Түрхцийн										

Эерэг илэрсэн түрхцийн тоо /эергийн зэргээр/

Зорилго	Цөөн	1+	2+	3+	Нийт
Оношлогооны шинэ					
Оношлогоо, өмнө эмчлэгдсэн					
Эмчилгээ хяналт					
Нийт					

Тайлан гаргасан хүний нэр, гарын үсэг :

Тайлан хянасан хүний нэр, гарын үсэг :

Тайлан гаргасан огноо: 20 ... оны ... сар ... өдөр

Тайлан хүлээн авсан огноо: 20 ... оны ... сар ... өдөр

15 Хpert MTB/RIF/TrueNAT MTB/RIF шинжилгээний сарын тайлан, СҮ-15 маягт

Хpert MTB/RIF/TrueNAT MTB/RIF шинжилгээний сарын тайлан
/СҮ-15/

Лабораторийн нэр: Тайлант хугацаа : 20 оны Сар

Сорьц	Шинжилгээний тоо	Оношилгоо						Эмчилгээ хяналт			Нийт
		Шинэ			Өмнө нь эмчлэгдэж			Түрхэц эерэг	Түрхэц сөрөг	Бүгд	
		Түрхэц эерэг	Түрхэц сөрөг	Бүгд	Түрхэц эерэг	Түрхэц сөрөг	Бүгд				
Уушгины	MTB илрээгүй										
	MTB илэрсэн										
Уушгины бус	MTB илрээгүй										
	MTB илэрсэн										
Нийт											

Рифампицин тэсвэржилт

Үр дүн	Оношилгоо		Эмчилгээ хяналт	Нийт
	Шинэ	Өмнө		
Рифампицин мэдрэг				
Тэсвэртэй				
Тэсвэржилтийг төлөөлөхгүйрх боломжгүй				
Нийт				

Алдааны ангилал

№	Ангилал	Код	Тоо
1	Хүчингүй (Invalid)		
2	Үр дүн гараагүй (Noresult)		
3	Алдаа (Error)		
4			
5			
6			
Нийт			

Тайлан гаргасан хүний нэр, гарын үсэг :

Тайлан хянасан хүний нэр, гарын үсэг :

Тайлан гаргасан огноо: 20 ... оны ... сар ... өдөр

Тайлан хүлээн авсан огноо: 20 ... оны ... сар ... өдөр

16 Өсгөвөрлөх шинжилгээний тайлан, СҮ-17 маягт

Өсгөвөрлөх шинжилгээний тайлан /СҮ-17/		
Лабораторийн нэр: _____		
Үзүүлэлт	Тоо	Тайлбар
Оншилгоо (шинэ, өмнө нь эмчлэгдэж байсан)		
Түрхэц(+) Өсгөвөр(+)		
Түрхэц (+) Өсгөвөр(-)		
Түрхэц (-) Өсгөвөр(+)		
Түрхэц (-) Өсгөвөр(-)		
Түрхэц (+) Бохирдсон		
Түрхэц (-) Бохирдсон		
Нийт		
Өсгөвөр зэрэг		
Өсгөвөр сөрөг		
Түрхэц(+) Өсгөвөр(+)%		
Түрхэц(-) Өсгөвөр(+)%		
Бохирдолтын %		
Мэдрэг чанар		
Өвөрмөц чанар		
Эмчилгээ хяналт		
Түрхэц(+) Өсгөвөр(+)		
Түрхэц (+) Өсгөвөр(-)		
Түрхэц (-) Өсгөвөр(+)		
Түрхэц (-) Өсгөвөр(-)		
Түрхэц (+) Бохирдсон		
Түрхэц (-) Бохирдсон		
Нийт		
Өсгөвөр зэрэг		
Өсгөвөр сөрөг		
Түрхэц(+) Өсгөвөр(+)%		
Түрхэц(-) Өсгөвөр(+)%		
Бохирдолтын %		
Мэдрэг чанар		
Өвөрмөц чанар		
Нийт		
Нийт өсгөвөр зэрэг		
Нийт өсгөвөр сөрөг		
Нийт бохирдолтын %		
Нийт мэдрэг чанар		
Нийт өвөрмөц чанар		
Тайлан хянасан: _____	Хүлээн авсан огноо: 20 ... / ... / ...	
Тайлайт хугацаа: 20 ... оны ... -р сар		
Тайлан гаргасан огноо: 20 ... / ... / ...		

17 Эмийн мэдрэг чанар тодорхойлох шинжилгээний тайлан, ЭТС-5 маягт

Эмийн мэдрэг чанар тодорхойлох шинжилгээний тайлан /ЭТС-5/

/1, 2 эгнээний хатуу, шингэн, LPA /

Лабораторийн нэр, код: _____

Тайлант хугацаа: 20 ... оны ... -р улирал

Үр дүн	Шинэ	Өмнө эмчлэгдсэн	Эмчилгээ хяналт	Нийт
Нийт шинжилгээний тоо				
Хүний тоо (давхардаагүй)				
1. Үр дүн тооцох боломжгүй				
2. Үр дүн тооцох боломжтой				
2.1 Мэдрэг				
2.2 Тэсвэртэй				
2.2.1 Нэг эмэнд тэсвэртэй				
H				
E				
S				
2.2.2 Бусад эмэнд тэсвэртэй				
HE				
HS				
ES				
HSE				
RE				
RS				
RSE				
2.2.3 Олон эмэнд тэсвэртэй				
R				
HR				
HRE				
HRS				
HRES				
HRE				
HRS				
HRSE				
2.2.4 Маш олон эмэнд				
Inj				
FQ				
Lfx				
Mfx				
Bdq				
Lzd				
Cfz				
Dlm				
Z				

Тайлан гаргасан:

Тайлан хянасан:

Тайлан гаргасан огноо: 20 __ / __ / __

Хүлээн авсан огноо: 20 __ / __ / __