Приложение

к Инструкции по заполнению формы отчетности № 59 «Отчет о проведении медикаментозной постконтактной профилактики ВИЧ-инфекции за \_\_\_\_ квартал 20 \_\_ года » (нарастающим итогом)

(п. 1)

**Отчет о проведении медикаментозной постконтактной профилактики ВИЧ-инфекции**

**за \_\_\_\_ квартал 20\_\_\_ года**

|  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- |
| Предоставляют | Сроки предоставления | Куда предоставляется |  |
| Учреждения здравоохранения, на базе которых расположены отделения и кабинеты профилактики и лечения ВИЧ - инфекции, кабинеты инфекционных заболеваний, которые осуществляют диспансерное наблюдение за ВИЧ-инфицированными и больными СПИДом, проводят антиретровирусную терапию.Республиканский центр по профилактике и борьбе со СПИДом обобщенные отчеты  | 5 января5 апреля5 июля5 октября15 января15 апреля15 июля15 октября | Республиканский центр по профилактике и борьбе со СПИДомРеспубликанский Центр организации здравоохранения медицинской статистики и информационных технологий | **Форма № 59** **(нарастающим** **итогом)**УТВЕРЖДЕНОприказом Министерства здравоохраненияДонецкой Народной Республики\_\_\_\_\_\_\_\_\_№ \_\_\_\_\_ |

|  |
| --- |
| Наименование организации-составителя отчета |
|  |
| Почтовый адрес |
|  |
| Идентификационный код организации-составителя |

Продолжение приложения

|  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- |
| Наименование | Номер строки | Количество аварийных контактов с кровью или биологическими материалами человека, загрязненными ими инструментарием, оборудованием или предметами (дальше – источник потенциального инфицирования ВИЧ) | Количество лиц, которые имели показания к постконтактной профилактике (ПКП) | Количество лиц, которые не имели показаний к ПКП |
| получили полный курс (28 дней) | получили неполный курс  (менее 28 дней) | отказались от ПКП |
| А | Б | 1 | 2 | 3 | 4 | 5 |
| Общее количество аварийных контактов с источником потенциального инфицирования ВИЧ | 1 |  |  |  |  |  |
| *в том числе:*связанные с выполнением профессиональных обязанностей (дальше – работник) | 2 |  |  |  |  |  |
| *в том числе*:работники учреждений здравоохранения | 2.1 |  |  |  |  |  |
| *в том числе*: работники других учреждений | 2.2 |  |  |  |  |  |
| Общее количество аварийных контактов, не связанных с выполнением профессиональных обязанностей (в быту) | 3 |  |  |  |  |  |

 \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

 (дата заполнения)

М. П. \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

 (подпись) (Ф. И. О. руководителя заведения)

 \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

 (подпись) (Ф. И. О. исполнителя)

Контактный телефон \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ телефон/факс \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ электронная почта \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_