

Приложение № 2

УТВЕРЖДЕНО

Приказом МЗ СР РФ

от \_\_\_\_\_ 20\_\_ № \_\_\_\_\_

Медицинская документация  
учетная форма № 04-ТБ/у

Утверждена Приказом МЗ СР РФ

от \_\_\_\_\_ 20\_\_ № \_\_\_\_\_

Наименование учреждения



**ЖУРНАЛ**

**регистрации микроскопических исследований на туберкулез**

**КОМПЛАС**

**магазин охраны труда**



**КОМПАС**

магазин охраны труда

Приложение № 2

УТВЕРЖДЕНО

Приказом МЗ СР РФ

от \_\_\_\_\_ 20\_\_ № \_\_\_\_\_

Медицинская документация  
учетная форма № 04-ТБ/у

Утверждена Приказом МЗ СР РФ

от \_\_\_\_\_ 20\_\_ № \_\_\_\_\_

Наименование учреждения

# ЖУРНАЛ

регистрации микроскопических исследований на туберкулез

# КОМПЛАС

Начат: «\_\_» \_\_\_\_\_ 20\_\_ г.

# магазин охраны труда

Окончен: «\_\_» \_\_\_\_\_ 20\_\_ г.

Лабораторный номер	Дата проведения исследования	Фамилия И.О. пациента	Пол	Год рождения	Полный адрес фактического места жительства пациента	Лечебно-профилактическое учреждение Подразделение Ф. И. О. медицинского работника, направившего больного	Материал	Цель исследования		Образец	Результат исследования	Подпись ответственного лица	Примечание
								Диагностика	Контроль химиотерапии*				
1	2	3	4	5	6	7	8	9	10	11	12	13	14
										1			
										2			
										3			
										1			
										2			
										3			
										1			
										2			
										3			
										1			
										2			
										3			
										1			
										2			
										3			
										1			
										2			
										3			

\* Вписать региональный регистрационный номер больного туберкулезом.

Лабораторный номер	Дата проведения исследования	Фамилия И.О. пациента	Пол	Год рождения	Полный адрес фактического места жительства пациента	Лечебно-профилактическое учреждение Подразделение Ф. И. О. медицинского работника, направившего больного	Материал	Цель исследования		Образец	Результат исследования	Подпись ответственного лица	Примечание
								Диагностика	Контроль химиотерапии*				
1	2	3	4	5	6	7	8	9	10	11	12	13	14
										1 2 3			
										1 2 3			
										1 2 3			
										1 2 3			
										1 2 3			
										1 2 3			
										1 2 3			
										1 2 3			
										1 2 3			

\* Вписать региональный регистрационный номер больного туберкулезом.



# КОМПЛАС

В журнале прошнуровано, пронумеровано  
и скреплено печатью \_\_\_\_\_ листов  
«\_\_\_» \_\_\_\_\_ 20\_\_ г.  
Ф.И.О., должность, подпись \_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_

М.П.

## магазин охраны труда