

ЗАТВЕРДЖЕНО

Наказ Міністерства охорони
здоров'я України

31 липня 2013 року № 665

Звітність

**«Звіт щодо осіб, які мають розлади психіки
через уживання психоактивних речовин,
за _____ 20__рік»**

Подають:	Терміни подання
1. Лікувально-профілактичні заклади районного рівня, які обслуговують осіб з розладами психіки через уживання психоактивних речовин – до Республіканського Автономної Республіки Крим, обласних, Київського та Севастопольського міських наркологічних диспансерів.	10січня 10липня
2. Республіканський Автономної Республіки Крим, обласні, Київський та Севастопольський міські наркологічні диспансери – Міністерству охорони здоров'я Автономної Республіки Крим, Головним управлінням охорони здоров'я обласних Дніпропетровської, Львівської та Харківської, Головному управлінням охорони здоров'я та медицини катастроф Черкаської, управлінням охорони здоров'я та курортів Вінницької, управлінням охорони здоров'я Одеської, управлінням охорони здоров'я обласних державних адміністрацій, Головному управлінням охорони здоров'я та медичного забезпечення Київської та управлінням охорони здоров'я Севастопольської міських державних адміністрацій.	15січня 15липня
3. Міністерство охорони здоров'я Автономної Республіки Крим, Головне управління охорони здоров'я обласних Дніпропетровської, Львівської та Харківської, Головне управління здоров'я та медицини катастроф Черкаської, управління охорони здоров'я та курортів Вінницької, управління охорони здоров'я та медицини катастроф Одеської, управління охорони здоров'я обласних державних адміністрацій, Головне управління охорони здоров'я та медичного забезпечення Київської та управління охорони здоров'я Севастопольської міських державних адміністрацій - Центру медичної статистики Міністерства охорони здоров'я України.	20січня 20липня

Форма № 32
(піврічна)

Затверджено
Наказ Міністерства
охорони здоров'я
України
31.07.2013 № 665

За погодженням з
Держстатом
України

Респондент: Найменування _____ Місцезнаходження _____ <i>(поштовий індекс, область/Автономна Республіка Крим, район, населений пункт, вулиця/провулок, площа тощо,</i> _____ <i>№ будинку/корпусу, № квартири/офіса)</i>
Код за ЄДРПОУ _____

Таблиця 2100

Контингент та лікування осіб, які мають розлади психіки через уживання психоактивних речовин

Розлади психіки і поведінки через уживання	№ рядка	Взято під нагляд з уперше встановленим діагнозом		Перебуває на кінець звітного періоду		Охоплені лікуванням - усього					
		диспансерна група	профілактична група	диспансерна група	профілактична група	диспансерна група (з графі 3)	профілактична група (з графі 4)	з них (з графі 5)			
								амбулаторним	стаціонарним	примусовим у закладах системи МОЗ	примусовим у ВТУ
А	Б	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10
алкоголю	всього	1									
	діти 0 - 17р. включно	2									
	особи 15 - 35 років	3									
	сільські жителі	4									
кр.т., гострі псих.алк.роз.	всього	5									
	діти 0 - 17р. включно	6									
	особи 15 - 35 років	7									
	сільські жителі	8									
наркотичних речовин	всього	9									
	діти 0 - 17р. включно	10									
	особи 15 - 35 років	11									
	сільські жителі	12									
опіюїдів	всього	13									
	діти 0 - 17р. включно	14									
	особи 15 - 35 років	15									
	сільські жителі	16									
каннабіноїдів	всього	17									
	діти 0 - 17р. включно	18									
	особи 15 - 35 років	19									
	сільські жителі	20									
кокаїну	всього	21									
	діти 0 - 17р. включно	22									
	особи 15 - 35 років	23									
	сільські жителі	24									
галюциногенів	всього	25									
	діти 0 - 17р. включно	26									
	особи 15 - 35 років	27									
	сільські жителі	28									
кіл.нарк.та ін.псих.реч.	всього	29									
	діти 0 - 17р. включно	30									
	особи 15 - 35 років	31									
	сільські жителі	32									
інших (крім алк,нарк) псих реч	всього	33									
	діти 0 - 17р. включно	34									
	особи 15 - 35 років	35									
	сільські жителі	36									
Усіх груп психоактивних речовин	всього	37									
	діти 0 - 17р. включно	38									
	особи 15 - 35 років	39									
	сільські жителі	40									

Дата _____
(цифровим способом)

Керівник закладу

М.П.

_____ (підпис)

Виконавець _____