ЗАТВЕРДЖЕНО

Наказ Міністерства охорони здоров’я України

31.12.2009 № 1086

Зареєстровано в Міністерстві

юстиції України

2 серпня 2010 р.

за № 594/17889

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
|  |  | Код форми за ДКУД |\_\_|\_\_|\_\_|\_\_|\_\_|\_\_|\_\_|\_\_|Код закладу за ЄДРПОУ |\_\_|\_\_|\_\_|\_\_|\_\_|\_\_|\_\_|\_\_| |
|  |  |  |
| Найменування центрального органу виконавчої влади, підприємства, установи, організації, у сфері управління яких перебуває заклад \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ |  | Медична документаціяФорма первинної облікової документації№ | 0| 6| 3 | – | 2 | / | о | |
| Найменування закладу охорони здоров’я та його місцезнаходження \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_Код закладу за ЄДРПОУ |\_\_|\_\_|\_\_|\_\_|\_\_|\_\_|\_\_|\_\_| |
| Інформована згода та оцінка стану здоров’я особи або дитини одним з батьків або іншим законним представником дитини на проведення щеплення або туберкулінодіагностики |
| 1. Прізвище, ім’я, по батькові особи, що щеплюється\_\_\_Іванов Іван Іванович\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_2. Дата народження \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_01.01.1981\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_3. Місце проживання, телефон\_\_\_\_\_\_м.Лебедин, вул. Сумська, 102 0997003435\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_4. Дата останнього щеплення, що проведено особі або дитині\_\_\_\_\_01.11.2021\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ |
| 5. Наведений нижче контрольний список запитань допоможе Вашому лікарю вирішити питання щеплення або туберкулінодіагностики для Вас або для Вашої дитини:

|  |  |
| --- | --- |
| Запитання | Відповідь (належне підкреслити) |
| На Ваш погляд, на сьогодні Ви/Ваша дитина здорові | Так | Ні |
| Ви або дитина хворі на лейкемію, рак, ВІЛ/СНІД або отримуєте лікування – хіміотерапію, стероїдну терапію | Так (зазначити, що саме з переліченого) | Ні  |
| Чи спостерігалась у Вас/Вашої дитини реакція/ускладнення після введення попередніх вакцин  | Так (зазначити, яка саме) | Ні  |
| У Вас/Вашої дитини наявна серйозна алергічна реакція | Так (на що саме) | Ні  |
| Протягом останнього року Вам/Вашій дитині проведено введення імуноглобулінів, компонентів крові або цільне переливання крові | Так (що саме) | Ні  |
| В анамнезі у Вас/Вашої дитини є хронічні захворювання | Так (які саме) | Ні  |
| В анамнезі у Вас/Вашої дитини є розлади кровотворення | Так (які саме) | Ні  |

6. Прочитайте уважно, наведені нижче стани не є протипоказаннями до проведення щеплення:* в анамнезі у особи, що щеплюється, або у кого-небудь з членів сім’ї несприятливі події після імунізації;
* в анамнезі у особи, що щеплюється, судоми;
* в анамнезі у особи, що щеплюється, лікування антибіотиками;
* в анамнезі у особи, що щеплюється, лікування стероїдами (гормональні препарати);
* в анамнезі у кого-небудь з членів сім’ї астма, екзема, атиповий дерматит, нежить;
* в анамнезі у особи, що щеплюється, кашлюк, кір, краснуха, епідемічний паротит (свинка), вітряна віспа, герпес або менінгіт;
* в анамнезі у дитини, що щеплюється, жовтяниця новонароджених;
* в анамнезі у дитини, що щеплюється, передчасне народження або мала вага при народженні;
* в анамнезі у дитини, що щеплюється, будь-які неврологічні розлади, дитячий церебральній параліч тощо;
* в анамнезі у особи, що щеплюється, контакт з інфекційними хворими;
* в анамнезі у особи, що щеплюється, будь-яке хірургічне втручання

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
| 7. Ви отримали інформацію про процедуру щеплення, туберкулінодіагностики (проба Манту), протипоказання до проведення щеплення або туберкулінодіагностики, вакцину, можливі несприятливі наслідки | Так  | Ні |
| 8. Згода особи, батьків або законного представника дитини на проведення щеплення або туберкулінодіагностики для профілактики \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ (чого саме) | Даю згоду на проведення щеплення15.11.2021 Іванов(дата) (підпис) | Не даю згоди на проведення щеплення (чому саме)(дата) (підпис) |
| 9. Я буду негайно інформувати медичних працівників у разі погіршення самопочуття у мене/ дитини | \_\_\_\_\_\_\_ Іванов \_\_\_\_\_\_\_(підпис) |
|  |
| 10. Медичний працівник, що проводив анкетування | \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_(підпис) | \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_(П.І.Б.) |

11. Дата \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ |