|  |  |  |
| --- | --- | --- |
| Найменування закладу охорони здоров’я та його місцезнаходження \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_  Код закладу за ЄДРПОУ |\_\_|\_\_|\_\_|\_\_|\_\_|\_\_|\_\_|\_\_| |  | Медична документація  Форма первинної облікової документації № 063-2/о |
| 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\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_  2. Дата народження \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_  3. Місце проживання, телефон\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_  \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_  4. Дата останнього щеплення, що проведено особі або дитині\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_  \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ | | |
| 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 щеплення  (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 | \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_  (підпис) | | |  | | | | 10. Медичний працівник, що проводив анкетування | \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_  (підпис) | \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_  (П.І.Б.) |   11. Дата \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ | | |