

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 документація Форма 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 _____
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 <input type="checkbox"/>	Ні <input type="checkbox"/>
Ви або дитина хворі на лейкемію, рак, ВІЛ/СНІД або отримуєте лікування – хіміотерапію, стероїдну терапію	Так <input type="checkbox"/> (вказати, що саме з переліченого)	Ні <input type="checkbox"/>
Чи спостерігалась у Вас/Вашої дитини реакція/ускладнення після введення попередніх вакцин	Так <input type="checkbox"/> (вказати, яка саме)	Ні <input type="checkbox"/>

У Вас/Вашої дитини наявна серйозна алергічна реакція	Так <input type="checkbox"/>	Ні <input type="checkbox"/>
	(на що саме)	
Протягом останнього року Вам/Вашій дитині проведено введення імуноглобулінів, компонентів крові або цільне переливання крові	Так <input type="checkbox"/>	Ні <input type="checkbox"/>
	(що саме)	
В анамнезі у Вас/Вашої дитини є хронічні захворювання	Так <input type="checkbox"/>	Ні <input type="checkbox"/>
	(які саме)	
В анамнезі у Вас/Вашої дитини є розлади кровотворення	Так <input type="checkbox"/>	Ні <input type="checkbox"/>
	(які саме)	

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, судомі;
- 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 церебральний 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 <input type="checkbox"/>	Ні <input type="checkbox"/>
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 _____		

**Директор Департаменту материнства,
дитинства та санаторного забезпечення**

Р.О.Моїсеєнко

**Директор Департаменту
розвитку медичної допомоги**

М.П.Жданова