



МІНІСТЕРСТВО ОХОРОНИ ЗДОРОВ'Я УКРАЇНИ


НАКАЗ

м.Київ

№ 1086

31.12.2009

Про затвердження форми 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» та Інструкції щодо її заповнення

Зареєстровано в Міністерстві юстиції України
" 2 " серпня 2010 р.
за № 594/17889
Керівник реєструючого органу 
підпис

З метою реалізації статті 43 Основ законодавства України про охорону здоров'я та статті 12 Закону України «Про захист населення від інфекційних хвороб»

НАКАЗУЮ:

1. Затвердити такі, що додаються:

1.1. Форму 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».

1.2. Інструкцію щодо заповнення форми 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».

2. Міністру охорони здоров'я Автономної Республіки Крим, начальникам управлінь охорони здоров'я обласних, Київської та Севастопольської міських державних адміністрацій увести в дію та забезпечити застосування форми 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» та Інструкції щодо її заповнення, затвердженої цим наказом, у закладах охорони здоров'я.

Юр.упр.



2 68

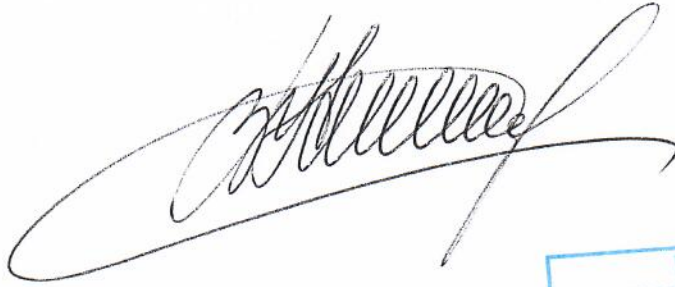
3. Начальнику Центру медичної статистики МОЗ України Голубчикову М.В. забезпечити територіальні управління охорони здоров'я зразками зазначеної облікової форми та Інструкцією щодо її заповнення.

4. Департаменту материнства, дитинства та санаторного забезпечення МОЗ забезпечити подання наказу на державну реєстрацію до Міністерства юстиції, в установленому порядку.

5. Контроль за виконанням наказу покласти на першого заступника Міністра охорони здоров'я України Лазоришинця В.В.

6. Наказ набуває чинності з дня його офіційного опублікування.

Міністр



В.М. Князевич



ЗАТВЕРДЖЕНО
Наказ Міністерства охорони
здоров'я України
31.12.2009 № 1086

Зареєстровано в Міністерстві юстиції України
" 2 " серпня 2010 р.
за № 594/14889
Керівник реєструючого
органу _____
підпис

	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 0
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"/>	Ні <input type="checkbox"/>
	(вказати, що саме з переліченого)	

Юр.упр.



Чи спостерігалась у Вас/Вашої дитини реакція/ускладнення після введення попередніх вакцин	Так <input type="checkbox"/> (зазначити, яка саме)	Ні <input type="checkbox"/>
У Вас/Вашої дитини наявна серйозна алергічна реакція	Так <input type="checkbox"/> (на що саме)	Ні <input type="checkbox"/>
Протягом останнього року Вам/Вашій дитині проведено введення імуноглобулінів, компонентів крові або цільне переливання крові	Так <input type="checkbox"/> (що саме)	Ні <input type="checkbox"/>

В анамнезі у Вас/Вашої дитини є хронічні захворювання	Так <input type="checkbox"/> (які саме)	Ні <input type="checkbox"/>
В анамнезі у Вас/Вашої дитини є розлади кровотворення	Так <input type="checkbox"/> (які саме)	Ні <input type="checkbox"/>

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 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)	Не даю згоди на проведення щеплення (чому саме) (дата)

Міністерство охорони здоров'я України
Департамент імунології та вакцинації
Головний спеціаліст
[Підпис] (підпис)
[Дата] (дата)

9. Я буду негайно інформувати медичних працівників у разі погіршення самопочуття себе/ 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



72

ЗАТВЕРДЖЕНО
Наказ Міністерства охорони
здоров'я України
31.12.2009 № 1086

Зареєстровано в Міністерстві юстиції України	
“ <u>2</u> ” <u>серпня</u> 20 <u>10</u> р.	
за № <u>594/17889</u>	
Керівник реєструючого органу 	підпис

**Інструкція щодо заповнення
форми 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. Ця Інструкція визначає порядок заповнення форми 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» (далі - форма).

2. Ця форма є обов'язковим документом при щепленні або туберкулінодіагностиці особи або дитини і зберігається разом з однією з таких форм: № 003/о «Медична карта стаціонарного хворого», № 025/о «Медична карта амбулаторного хворого», № 025-1/о «Вкладний листок на підлітка до медичної карти амбулаторного хворого», № 025-3/о «Медична карта студента», № 026/о «Медична карта дитини (для школи, школи-інтернату, школи-ліцею, дитячого будинку, дитячого садку)», № 112/о «Історія розвитку дитини».

3. Форму заповнюють на всіх пацієнтів, що підлягають щепленню або туберкулінодіагностиці, незалежно від місця проживання.

4. Заповнена форма означає, що особа та/або один з батьків або інший законний представник дитини перед щепленням або туберкулінодіагностикою отримали повну інформацію про процедуру щеплення, туберкулінодіагностики, про протипоказання до проведення щеплення або туберкулінодіагностики, про вакцину та про можливі несприятливі наслідки.

5. В адресній частині бланка указуються найменування закладу, його місцезнаходження та ідентифікаційний код відповідно до Єдиного державного реєстру підприємств та організацій України (ЄДРПОУ).

Юр.упр.



Адресну частину бланка заповнює медичний працівник (лікар, молодший спеціаліст з медичною освітою), у присутності якого здійснено оцінку стану здоров'я особи або дитини, що підлягає щепленню або туберкулінодіагностиці, та заповнено форму.

6. У пункті 1 зазначаються прізвище, ім'я, по батькові особи, що щеплюється.

7. У пункті 2 зазначаються число, місяць та рік народження особи, що щеплюється.

8. У пункті 3 зазначаються місце проживання, телефон особи, що щеплюється.

9. У пункті 4 чітко вказується, проти чого проведено останнє щеплення та його дата (число, місяць, рік).

10. У пунктах 5 і 7 особа або один з батьків або інший законний представник дитини, що щеплюється, дає чіткі і зрозумілі відповіді на питання.

11. У пунктах 8 і 9 зазначаються прізвище, ім'я, по батькові особи, що заповнила форму, з обов'язковим зазначенням дати (число, місяць, рік).

12. Пункти 1-9 заповнюються особисто особою старше 18 років, одним з батьків або іншим законним представником дитини, що щеплюється, у присутності медичного працівника (лікаря, молодшого спеціаліста з медичною освітою).

13. Форма підписується медичним працівником (лікарем, молодшим спеціалістом з медичною освітою), у присутності якого вона заповнювалась, відповідно до пункту 10 форми.

14. У пункті 11 вказується дата заповнення форми (число, місяць, рік).

15. Форма заповнюється друкованими літерами, без скорочень.

Директор Департаменту
материнства, дитинства та
санаторного забезпечення

Р.О. Моїсеєнко Р.О. Моїсеєнко



Юр.упр.