

Назва міністерства, іншого центрального органу виконавчої влади, органу місцевого самоврядування, у сфері управління якого перебуває заклад  Найменування та місцезнаходження (повна поштова адреса) закладу, відповідальні особи якого заповнили карту профілактичних щеплень  Ідентифікаційний код ЄДРПОУ <table border="1" style="display: inline-table; width: 100px; height: 15px; vertical-align: middle;"><tr><td> </td><td> </td><td> </td><td> </td><td> </td><td> </td><td> </td><td> </td><td> </td><td> </td></tr></table>											<b>МЕДИЧНА ДОКУМЕНТАЦІЯ</b> Форма первинної облікової документації № 063/о  <b>ЗАТВЕРДЖЕНО</b> Наказ МОЗ України  <table border="1" style="width: 100%; text-align: center;"> <tr> <td>1</td><td>0</td><td>0</td><td>1</td><td>2</td><td>0</td><td>0</td><td>6</td><td>№</td><td>1</td><td> </td><td> </td><td> </td><td> </td><td> </td><td> </td> </tr> </table>	1	0	0	1	2	0	0	6	№	1						
1	0	0	1	2	0	0	6	№	1																		

**КАРТА ПРОФІЛАКТИЧНИХ ЩЕПЛЕНЬ**

Взятий(а) на облік <table border="1" style="display: inline-table; width: 100px; height: 15px; vertical-align: middle;"><tr><td> </td><td> </td><td> </td><td> </td><td> </td><td> </td><td> </td><td> </td><td> </td><td> </td></tr></table> <small>(число, місяць, рік)</small>											Дата заповнення <table border="1" style="display: inline-table; width: 100px; height: 15px; vertical-align: middle;"><tr><td> </td><td> </td><td> </td><td> </td><td> </td><td> </td><td> </td><td> </td><td> </td><td> </td></tr></table> <small>(число, місяць, рік)</small>										

Найменування дитячої установи (для організованих дітей) \_\_\_\_\_ Дільниця номер \_\_\_\_\_

1. Прізвище, ім'я, по батькові \_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_

2. Дата народження 

--	--	--	--	--	--	--	--	--	--

(число, місяць, рік)      3. Стать: чоловіча – 1, жіноча – 2

4. Поштова адреса місця проживання: область \_\_\_\_\_,  
район \_\_\_\_\_, населений пункт \_\_\_\_\_,  
район \_\_\_\_\_, населений пункт \_\_\_\_\_

5. Мешкає у: місті – 1, селі – 2

Відмітки про зміну адреси \_\_\_\_\_

**6. Щеплення проти туберкульозу**

Вид щеплення	Вік	Дата	Доза	Серія	Реакція на щеплення (місцева)	Медичні протипоказання (дата, причина)
Вакцинація						
Ревакцинація						

**7. Щеплення проти поліомієліту**

Вакцинація				Ревакцинація				Медичні протипоказання (дата, причина)			
Вік	Дата	Доза	Серія	Вік	Дата	Доза	Серія	Вік	Дата	Доза	Серія

**8. Щеплення проти дифтерії, кашлюку, правця**

Вид щеплення	Назва препарату	Вік	Дата	Доза	Серія	Реакція на щеплення		Медичні протипоказання (дата, причина)
						загальна	місцева	
Вакцинація								
Ревакцинація								

Тепер у мене зрозумілий почерк

Твій сімейний лікар:)

9. Щеплення проти кору						
Вік	Дата	Доза	Серія	Реакція на щеплення		Медичні протипоказання (дата, причина)
				загальна	місцева	

10. Щеплення проти паротиту						
Вік	Дата	Доза	Серія	Реакція на щеплення		Медичні протипоказання (дата, причина)
				загальна	місцева	

11. Щеплення проти краснухи						
Вік	Дата	Доза	Серія	Реакція на щеплення		Медичні протипоказання (дата, причина)
				загальна	місцева	

12. Щеплення проти гепатиту В								
Вид щеплення	Назва препарату	Вік	Дата	Доза	Серія	Реакція на щеплення		Медичні протипоказання (дата, причина)
						загальна	місцева	
Вакцинація								

13. Інші щеплення								
Вид щеплення	Назва препарату	Вік	Дата	Доза	Серія	Реакція на щеплення		Медичні протипоказання (дата, причина)
						загальна	місцева	

14. Туберкулінові проби														
Вік	Дата	Доза	Серія	Результат	Вік	Дата	Доза	Серія	Результат	Вік	Дата	Доза	Серія	Результат

Знятий з обліку (дата)	Причина	Підпис
<p>Заповнюється в лікувально-профілактичному закладі або фельдшерсько-акушерському пункті при взятті дитини на облік. У разі виїзду дитини з міста або району видається довідка про проведення щеплення. Карта залишається в закладі.</p>		