

ЗАТВЕРДЖЕНО
Наказ МОЗ України 31.12.2009 N 1086



МЕДИЧНА ДОКУМЕНТАЦІЯ
Форма первинної облікової документації

N 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 <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"/> (зазначити, що саме з переліченого)	Ні <input type="checkbox"/>
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;

Тепер у мене зрозумілий почерк

Твій сімейний лікар:)

- 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 _____

Згода на збір та обробку персональних даних

Прізвище, ім'я, по батькові особи, що щеплюється _____

Дата народження _____

Місце проживання _____

Я, _____

(Прізвище, ім'я, по батькові особи що щеплюється, батьків або законного представника дитини) даю згоду на збір та використання інформації щодо моїх дітей/дитини персональних даних у випадку виникнення несприятливих подій після імунізації при застосуванні вакцин анатоксинів та алергену туберкульозу з метою передачі цих даних до Міністерства охорони здоров'я України та ДП Державний експертний центр МОЗ України для оперативного реагування розслідування причин їх виникнення та вжиття відповідних заходів.

Дата _____

Підпис _____