ЗАТВЕРДЖЕНО
Наказ МОЗ України 31.12.2009 N 1086

|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
|

|  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| Код форми за ДКУД  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| Код закладу за ЄДРПОУ |  |  |  |  |  |  |  |  |

  |
| Найменування центрального органу виконавчої влади, підприємства, установи, організації, у сфері управління яких перебуває заклад\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_Найменування закладу охорони здоров'я та його місцезнаходження***КНП «Херсонська міська клінічна лікарня ім. Є.Є. Карабелеша»***

|  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| Код закладу за ЄДРПОУ | 0 | 1 | 9 | 8 | 3 | 8 | 1 | 4 |

 | Медична документаціяФорма первинної облікової документації**N 063-2/о** |
| **Інформована згодата 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 http://search.ligazakon.ua/l_flib1.nsf/LookupFiles/Re17889_IMG_001.gif/$file/Re17889_IMG_001.gif | Ні http://search.ligazakon.ua/l_flib1.nsf/LookupFiles/RE17889_IMG_001.GIF/$file/RE17889_IMG_001.GIF |
| Ви або дитина хворі на лейкемію, рак, ВІЛ/СНІД або отримуєте лікування - хіміотерапію, стероїдну терапію  | Так http://search.ligazakon.ua/l_flib1.nsf/LookupFiles/RE17889_IMG_001.GIF/$file/RE17889_IMG_001.GIF(зазначити, що саме з переліченого)  | Ні  http://search.ligazakon.ua/l_flib1.nsf/LookupFiles/RE17889_IMG_001.GIF/$file/RE17889_IMG_001.GIF |
| Чи спостерігалась у Вас/Вашої дитини реакція/ускладнення після введення попередніх вакцин  | Так http://search.ligazakon.ua/l_flib1.nsf/LookupFiles/RE17889_IMG_001.GIF/$file/RE17889_IMG_001.GIF(зазначити, яка саме)  | Ні  http://search.ligazakon.ua/l_flib1.nsf/LookupFiles/RE17889_IMG_001.GIF/$file/RE17889_IMG_001.GIF |
| У Вас/Вашої дитини наявна серйозна алергічна реакція  | Так http://search.ligazakon.ua/l_flib1.nsf/LookupFiles/RE17889_IMG_001.GIF/$file/RE17889_IMG_001.GIF(на що саме)  | Ні  http://search.ligazakon.ua/l_flib1.nsf/LookupFiles/RE17889_IMG_001.GIF/$file/RE17889_IMG_001.GIF |
| Протягом останнього року Вам/Вашій дитині проведено введення імуноглобулінів, компонентів крові або цільне переливання крові  | Так http://search.ligazakon.ua/l_flib1.nsf/LookupFiles/RE17889_IMG_001.GIF/$file/RE17889_IMG_001.GIF(що саме)  | Ні http://search.ligazakon.ua/l_flib1.nsf/LookupFiles/RE17889_IMG_001.GIF/$file/RE17889_IMG_001.GIF |
| В анамнезі у Вас/Вашої дитини є хронічні захворювання  | Так http://search.ligazakon.ua/l_flib1.nsf/LookupFiles/RE17889_IMG_001.GIF/$file/RE17889_IMG_001.GIF(які саме)  | Ні  http://search.ligazakon.ua/l_flib1.nsf/LookupFiles/RE17889_IMG_001.GIF/$file/RE17889_IMG_001.GIF |
| В анамнезі у Вас/Вашої дитини є розлади кровотворення | Так http://search.ligazakon.ua/l_flib1.nsf/LookupFiles/RE17889_IMG_001.GIF/$file/RE17889_IMG_001.GIF(які саме)  | Ні  http://search.ligazakon.ua/l_flib1.nsf/LookupFiles/RE17889_IMG_001.GIF/$file/RE17889_IMG_001.GIF |

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 http://search.ligazakon.ua/l_flib1.nsf/LookupFiles/RE17889_IMG_001.GIF/$file/RE17889_IMG_001.GIF  | Ні http://search.ligazakon.ua/l_flib1.nsf/LookupFiles/RE17889_IMG_001.GIF/$file/RE17889_IMG_001.GIF  |
| 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 \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_