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 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  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 \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_