|  |  |  |
| --- | --- | --- |
|  |  | ЗАТВЕРДЖЕНО Наказ МОЗ України10.01.2006 №1 |
| 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\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ |   | **МЕДИЧНА ДОКУМЕНТАЦІЯ**Форма первинної облікової документації№ 063/o**ЗАТВЕРДЖЕНО**Наказ МОЗ України

|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| 1 | 0 | 0 | 1 | 2 | 0 | 0 | 6 | № | 1 |  |  |

 |
| Ідентифікаційний код ЄДРПОУ |

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

 |
| **КАРТА ПРОФІЛАКТИЧНИХ ЩЕПЛЕНЬ**

|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| Взятий(а) на облік |  |  |  |  |  |  |  Дата заповнення |  |  |  |  |  |  |

 (число, місяць, рік) (число, місяць, рік) |
| Найменування дитячої установи (для організованих дітей) \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ Дільниця номер\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_1. Прізвище, ім’я, по батькові \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

|  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| 2. Дата народження |  |  |  |  |  |  |  3. Стать: чоловіча – 1, жіноча – 2  |  |

 (число, місяць, рік)4. Поштова адреса місця проживання: область \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_,район \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_, населений пункт\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_, вулиця\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ , буд. №\_\_\_\_\_\_\_, корп. №\_\_\_\_\_\_\_ , кв. №\_\_\_\_\_

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

|  |
| --- |
|  **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 \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_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. |