|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
|  | | | | | | | | | | | | | | | |  | | ЗАТВЕРДЖЕНО  Наказ МОЗ України  10.01.2006 №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. | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |