

ЗАТВЕРДЖЕНО

Наказ Міністерства охорони здоров'я
України

31.12.2009 № 1086

Зареєстровано в Міністерстві
юстиції України

2 серпня 2010 р.

за № 594/17889

	Код форми за ДКУД Код закладу за ЄДРПОУ
Найменування центрального органу виконавчої влади, підприємства, установи, організації, у сфері управління яких перебуває заклад 	Медична документація Форма первинної облікової документації № 0 6 3 - 2 / 0
Найменування закладу охорони здоров'я та його місцезнаходження 	
Код закладу за ЄДРПОУ 	

**Інформована згода
та оцінка стану здоров'я особи або дитини одним з батьків або іншим законним представником дитини
на проведення щеплення або туберкулінодіagnostики**

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 туберкулінодіagnostики для Вас або для Вашої дитини:

Запитання	Відповідь (належне підкреслити)	
На Ваш погляд, на сьогодні Ви/Ваша дитина здорові	Так ☐	Ні ☐
Ви або дитина хворі на лейкемію, рак, ВІЛ/СНІД або отримуєте лікування – хіміотерапію, стероїдну терапію	Так ☐ (вказати, що саме з переліченого)	Ні ☐
Чи спостерігалась у Вас/Вашої дитини реакція/ускладнення після введення попередніх вакцин	Так ☐ (вказати, яка саме)	Ні ☐
У Вас/Вашої дитини наявна серйозна алергічна реакція	Так ☐ (на що саме)	Ні ☐

Протягом останнього року Вам/Вашій дитині проведено введення імуноглобулінів, компонентів крові або цільне переливання крові	Так ☐ (що саме)	Ні ☐
В анамнезі у Вас/Вашої дитини є хронічні захворювання	Так ☐ (які саме)	Ні ☐
В анамнезі у Вас/Вашої дитини є розлади кровотворення	Так ☐ (які саме)	Ні ☐

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 ☐	Ні ☐
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 _____