

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 | Медична документація<br>Форма первинної<br>облікової документації<br><br><b>N 063-2/о</b> |
| Найменування закладу охорони здоров'я та його місцезнаходження   |   |
| Код закладу за ЄДРПОУ <input type="text"/>   |   |

**Інформована згода**

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

- Прізвище, ім'я, по батькові особи, що щеплюється \_\_\_\_\_
- Дата народження \_\_\_\_\_
- Місце проживання, телефон \_\_\_\_\_
- Дата останнього щеплення, що проведено особі або дитині \_\_\_\_\_
- 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<br><input type="checkbox"/>  | Ні<br><input type="checkbox"/> |
| Ви або дитина хворі на лейкемію, рак, ВІЛ/СНІД або отримуєте лікування - хіміотерапію, стероїдну терапію                     | Так<br><input type="checkbox"/><br>(зазначити, що саме з переліченого) | Ні<br><input type="checkbox"/> |
| Чи спостерігалась у Вас/Вашої дитини реакція/ускладнення після введення попередніх вакцин                                    | Так<br><input type="checkbox"/><br>(зазначити, яка саме)               | Ні<br><input type="checkbox"/> |
| У Вас/Вашої дитини наявна серйозна алергічна реакція   | Так<br><input type="checkbox"/><br>(на що саме)                        | Ні<br><input type="checkbox"/> |
| Протягом останнього року Вам/Вашій дитині проведено введення імуноглобулінів, компонентів крові або цільне переливання крові | Так<br><input type="checkbox"/><br>(що саме)                           | Ні<br><input type="checkbox"/> |
| В анамнезі у Вас/Вашої дитини є хронічні захворювання  | Так<br><input type="checkbox"/><br>(які саме)                          | Ні<br><input type="checkbox"/> |
| В анамнезі у Вас/Вашої дитини є розлади кровотворення  | Так<br><input type="checkbox"/><br>(які саме)                          | Ні<br><input type="checkbox"/> |

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<br><input type="checkbox"/>                         | Ні<br><input type="checkbox"/>   |
| 8. Згода особи, батьків або законного представника дитини на проведення щеплення або туберкулінодіагностики для профілактики<br><br>(чого саме)  | Даю згоду на проведення щеплення<br><br>(дата) (підпис) | Не даю згоди на проведення щеплення (чому саме)<br><br>(дата) (підпис) |
| 9. Я буду негайно інформувати медичних працівників у разі погіршення самопочуття у мене/ дитини  | _____<br>(підпис)                                       |  |
| 10. Медичний працівник, що проводив анкетування  | _____<br>(підпис)                                       | _____<br>(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 \_\_\_\_\_