



*Ведение форм первичной учетной
документации при оказании
антирабической помощи
населению*

*врач эпидемиолог
отделения особо опасных инфекций
РЦ СЭН ГСЭС МЗ ДНР
Бабуркина А.И.*

Нормативно – правовые документы, регламентирующие оказание антирабической помощи

- **Законы ДНР**
- **«О здравоохранении» № 42-ІНС от 24.04.2015 (ст.15)**
- **«Об иммунопрофилактике инфекционных заболеваний» № 90-ІНС от 04.09.2015 (ст.9, 10, 11,12,15);**
- **«Об обороте лекарственных средств» № 29-ІНС от 27.03.2015 (ст. 60,61, 62, 63,75)**
- **«Об обеспечении санитарного и эпидемического благополучия населения» № 40-ІНС от 10.04.2015 (ст. 28, 29)**

Нормативно – правовые документы, регламентирующие оказание антирабической помощи

- Приказы МЗ ДНР
- «Об утверждении форм первичной учетной документации, которые используются в отдельных учреждениях здравоохранения Донецкой Народной Республики независимо от формы собственности и ведомственной подчиненности» № 012.1/285 от 19.08.2015 г.
(ф. № 058/у, № 060/у), № 012.1/41 от 02.06.2015 г.
(ф. №063/у, ф. № 064/у), № 312 от 12.03.2015 г. (ф. №№001/у, 003/у, 004/у...) и др.

Нормативно – правовые документы, регламентирующие оказание антирабической помощи

- Приказы МЗ ДНР
- № 012.1/454 от 13.10.2015 г. «Об утверждении Порядка осуществления мониторинга безопасности лекарственных препаратов, находящихся в обороте на территории Донецкой Народной Республики»: мониторинг ПВР/ПВО за ГСЭС МЗ ДНР, учетные формы, сроки подачи информации и отчетов.
(п. 3.4 приказа - подать карту – сообщение о ПВР/ПВО может сам пострадавший; п. 3.5 - учреждения здравоохранения и аптечные организации обязаны разместить образец карты-сообщения для пациента на стендах в доступном для посетителей месте)

Наименование министерства, другого органа исполнительной власти, предприятия, учреждения, организации, к сфере управления которого принадлежит учреждение здравоохранения _____	МЕДИЦИНСКАЯ ДОКУМЕНТАЦИЯ Форма первичной учетной документации № 137/у/
Наименование и местонахождение (полный почтовый адрес) учреждения здравоохранения, в котором заполняется форма _____	
Идентификационный код _____	
УТВЕРЖДЕНО Приказ МЗ Донецкой Народной Республики	
1 3 1 0 2 0 1 5 № 012.1/454	

КАРТА-СООБЩЕНИЕ О ПОБОЧНОМ ДЕЙСТВИИ (ПД), серьезной/непредвиденной нежелательной реакции (С/ННР) и/или отсутствии эффективности (ОЭ) лекарственного препарата (ЛП) при его медицинском применении

I. ОБЩАЯ ИНФОРМАЦИЯ

1. Инициалы пациента	2. Номер медицинской карты амбулаторного (стационарного) больного	3. Дата рождения			4. Пол	5. Последствия ПД/С/ННР/ОЭ	
		день	месяц	год		<input type="checkbox"/> выздоровление <input type="checkbox"/> выздоравливает <input type="checkbox"/> без изменений <input type="checkbox"/> неизвестно	<input type="checkbox"/> выздоровление с последствиями <input type="checkbox"/> смерть не от ПД/С/ННР и/или ОЭ <input type="checkbox"/> смерть, возможно, от ПД/С/ННР и/или ОЭ <input type="checkbox"/> смерть в результате ПД/С/ННР и/или ОЭ
6. Начало ПД/С/ННР (дата, время) / / / / / /		7. Окончание ПД/С/ННР (дата, время) / / / / / /				9. Категория ПД/С/ННР/ОЭ	
8. Описание ПД/С/ННР/указания ОЭ ЛП (включительно с данными лабораторно-инструментальных исследований, которые касаются ПД/С/ННР/ОЭ)					<input type="checkbox"/> смерть пациента / / / / / <input type="checkbox"/> угроза жизни <input type="checkbox"/> госпитализация амбулаторного пациента <input type="checkbox"/> продолжение сроков госпитализации <input type="checkbox"/> временная нетрудоспособность, инвалидность <input type="checkbox"/> врожденные пороки развития <input type="checkbox"/> другие важные медицинские последствия <input type="checkbox"/> ничего из вышеупомянутого		

II. ИНФОРМАЦИЯ О ПОДОЗРЕВАЕМОМ ЛП (ПЛП), ПРОИЗВОДИТЕЛЕ ПЛП

10. ПЛП (торговое название, лекарственная форма)	11. Производитель, страна			12. Номер серии	
13. Показание для назначения (при возможности отмечать диагноз в соответствии с шифром МКБ-10)	14. Разовая доза	15. Кратность принятия	16. Способ введения	17. Начало терапии ПЛП	18. Окончание терапии ПЛП

III. ИНФОРМАЦИЯ О СОПУТСТВУЮЩИХ ЛП (за исключением препаратов, которые применялись для коррекции последствий ПД/С/ННР)

19. Сопутствующие ЛП (торговое название, лекарственная форма, производитель)	20. Показания (при возможности отмечать диагноз в соответствии с шифром МКБ-10)	21. Разовая доза	22. Кратность принятия	23. Способ введения	24. Начало терапии	25. Окончание терапии

26. Другая важная информация (диагнозы, аллергия, беременность, с указанием длительности и тому подобное)

IV. СРЕДСТВА КОРРЕКЦИИ ПД/С/ННР

 Отмена ПЛП

Сопровождалась ли отмена ПЛП исчезновением ПД/С/ННР?

 да нет Повторное назначение ПЛП

Отмечено ли возобновление ПД/С/ННР после повторного назначения ПЛП?

 да нет Изменение дозировки и режима приема ПЛП (снижение/повышение, *отметить насколько*):

Отмечено ли возобновление ПД/С/ННР/ОЭ после изменения дозировки и режима приема ПЛП?

 да нет Коррекцию ПД/С/ННР не проводили Медикаментозная терапия ПД/С/ННР (*отметить ЛП, дозировки и режим приема, длительность назначения*):

V. ПРИЧИННО-СЛЕДСТВЕННАЯ СВЯЗЬ МЕЖДУ КЛИНИЧЕСКИМИ ПРОЯВЛЕНИЯМИ ПД/С/ННР И ПЛП

 выявленное вероятное возможное сомнительное не подлежит классификации невыявленное

VI. ИНФОРМАЦИЯ ОБ УВЕДОМИТЕЛЕ

27. Ф.И.О. уведомителя, тел./факс, e-mail	28. Сообщение предоставляет	29. Название и местонахождение учреждения здравоохранения	30. Тип сообщения	31. Дата заполнения
	<input type="checkbox"/> врач <input type="checkbox"/> провизор <input type="checkbox"/> фармацевт <input type="checkbox"/> медсестра <input type="checkbox"/> фельдшер <input type="checkbox"/> акушер		<input type="checkbox"/> первичное <input type="checkbox"/> следующее <input type="checkbox"/> заключительное	

Сообщение заполняется и предоставляется по местонахождению: РЦОЗМСИТ, пр. Ильича, 104, г. Донецк, 83059, тел/факс 389-19-65, e-mail: rcozmsit@gmail.com

VII. ДОПОЛНИТЕЛЬНАЯ ИНФОРМАЦИЯ В СЛУЧАЕ ПОДОЗРЕВАЕМОГО ПД/С/ННР/ОЭ НА ВАКЦИНЫ ИЛИ АЛЛЕРГЕН ТУБЕРКУЛЕЗНЫЙ

Категория иммунизации или туберкулинодиагностика		Категория неблагоприятного события после иммунизации или туберкулинодиагностики		
<input type="checkbox"/> массовая кампания <input type="checkbox"/> прививка по возрасту <input type="checkbox"/> в школе <input type="checkbox"/> медицинский кабинет для отъезжающих в турпоездку <input type="checkbox"/> проведение туберкулинодиагностики <input type="checkbox"/> другое		<input type="checkbox"/> реакция на вакцину <input type="checkbox"/> программная ошибка <input type="checkbox"/> совпадение во времени <input type="checkbox"/> реакция, вызванная инъекцией/страхом укола <input type="checkbox"/> неизвестно		
Номер дозы (для вакцины)		Место введения вакцины/ аллергена туберкулезного		Путь введения вакцины/ аллергена туберкулезного
<input type="checkbox"/> первый <input type="checkbox"/> второй <input type="checkbox"/> третий	<input type="checkbox"/> четвертый <input type="checkbox"/> пятый <input type="checkbox"/> > пятого	<input type="checkbox"/> левое плечо <input type="checkbox"/> правое плечо <input type="checkbox"/> плечо (без уточн.) <input type="checkbox"/> левое бедро <input type="checkbox"/> правое бедро	<input type="checkbox"/> бедро (без уточн.) <input type="checkbox"/> левое предплечье <input type="checkbox"/> правое предплечье <input type="checkbox"/> предплечье (без уточн.)	<input type="checkbox"/> перорально <input type="checkbox"/> внутримышечно <input type="checkbox"/> внутрикожно <input type="checkbox"/> подкожно <input type="checkbox"/> другое
Срок хранения		/ / / / /		

Подпись ответственного лица

Подпись уведомителя, конт.тел.

Министр здравоохранения
Донецкой Народной Республики

В.В. Кучковой

Наименование министерства, другого органа исполнительной власти, производства, учреждения, организации, к сфере управления которого относится учреждение здравоохранения _____ Наименование и месторасположение (полный почтовый адрес) учреждения здравоохранения, где заполняется форма _____ Идентификационный код _____	МЕДИЦИНСКАЯ ДОКУМЕНТАЦИЯ Форма первичной учетной документации № 137-1/у УТВЕРЖДЕНО Приказ МЗ Донецкой Народной Республики 1 3 1 0 2 0 1 5 № 012.1/454
---	--

КАРТА-СООБЩЕНИЕ для предоставления пациентом (потребителем лекарственных препаратов) и/или его представителем, организациями, которые представляют интересы пациентов, информации о побочном действии, серьезной/непредвиденной нежелательной реакции и/или отсутствии эффективности лекарственного препарата при его медицинском применении	
1. Информация о пациенте (потребителе лекарственных препаратов)	Фамилия _____ Имя _____ Отчество _____ Адрес _____ Тел./факс _____
2. Информация о подозреваемом лекарственном препарате	Торговое название _____ Лекарственная форма _____ Производитель _____
3. Информация о назначении подозреваемого лекарственного препарата	Подозреваемый лекарственный препарат был назначен пациенту врачом <input type="checkbox"/> да <input type="checkbox"/> нет Пациент применил подозреваемый лекарственный препарат без назначения врача <input type="checkbox"/> да <input type="checkbox"/> нет
4. Описание проявлений побочного действия, серьезной/непредвиденной нежелательной реакции или указание об отсутствии эффективности	_____ _____ _____
5. Информация об уведомителе	Фамилия _____ Имя _____ Отчество _____ Местонахождение _____ Тел./факс _____
6. Информация о враче или провизоре (фармацевте) и об учреждении здравоохранения по месту жительства пациента, у которого наблюдалось побочное действие, серьезная/непредвиденная нежелательная реакция или отсутствие эффективности	Фамилия _____ Имя _____ Отчество _____ Местонахождение учреждения здравоохранения _____ Тел./факс _____
Сообщение заполняется и предоставляется по местонахождению: РЦОЗМСИТ, пр. Ильича, 104, г. Донецк, 83059, тел/факс 389-19-65, e-mail: rcozmsit@gmail.com .	

Нормативно – правовые документы, регламентирующие оказание антирабической помощи

- Приказы МЗ ДНР
- № 012.1/286 от 20.08.2015 г. «Об утверждении Порядка дачи и оформления информированного добровольного согласия на медицинское вмешательство или отказа от него»

Отказ от прививок и отказ от подписи

- Отказ от проведения медицинского вмешательства (далее – отказ) оформляется по форме, в соответствии с приложением 7 к приказу МЗ ДНР № 012.1/286 от 20.08.2015 г. и подписывается пациентом, одним из родителей или иным законным представителем лица, указанного в пункте 1.4. данного приказа, а также медицинским работником, оформившим такой отказ, и хранится в медицинской документации пациента.

Отказ от прививок и отказ от подписи

- Пациент имеет право отказаться от заполнения вышеуказанного бланка. В данном случае допускается получение отказа от медицинского вмешательства не на бланке, а в письменном виде – в форме заявления на имя руководителя учреждения здравоохранения с соблюдением требований законодательства Донецкой Народной Республики.

Отказ от прививок и отказ от подписи

- В случае отказа пациента от подписи вышеуказанного бланка и его нежелании изложить свой отказ в письменной форме в заключительной части бланка отказа заполняется **Акт отказа от подписи, который визируется лечащим врачом и двумя свидетелями из числа медицинского персонала** (с целью сохранения врачебной тайны не допускается привлечение к подписанию данного Акта посторонних лиц)

Отказ от прививок и отказ от подписи

- В случаях, когда состояние гражданина не позволяет ему выразить свою волю, а медицинское вмешательство неотложно, вопрос о его проведении, в интересах гражданина, решает консилиум, а при невозможности собрать консилиум - непосредственно лечащий (дежурный) врач с последующим уведомлением администрации учреждения здравоохранения.
- Основание: инструкция по заполнению ф. № 003/у «Медицинская карта №__ стационарного больного», утв. приказом МЗ ДНР № 312 от 12.03.2015 г.

Отказ от прививок и отказ от подписи

- Согласие на медицинское вмешательство в отношении лиц, не достигших возраста 18 лет, и граждан, признанных в установленном законом порядке недееспособными, дают их законные представители. При отсутствии законных представителей решение о медицинском вмешательстве принимает консилиум, а при невозможности собрать консилиум – непосредственно лечащий (дежурный врач) с последующим уведомлением должностных лиц учреждения здравоохранения и законных представителей пациента.

Отказ от прививок и отказ от подписи

- Об отказе от антирабических прививок учреждение здравоохранения в обязательном порядке информирует территориальный центр санэпиднадзора ГСЭС МЗ ДНР

Основание: п. 4.6. Методики организации и оказания антирабической помощи, утв. приказом МЗУ от 15.04.2004 г. № 205 (языком оригинала) «Про удосконалення заходів профілактики захворювань людей на сказ»

На практике:

Отказываться от
прививки против
бешенства, так как,
нет. Фрикоксовой. Возможен
носитель. С последствием
озлокачествления. Трещину в
и мед. сестры прослушав.

ОТКАЗ ОТ ПРОВЕДЕНИЯ МЕДИЦИНСКОГО ВМЕШАТЕЛЬСТВА (4.3)

Медицинскую информацию о диагнозе (в т.ч. предварительном), тактике и лечении предоставил врач:

Ф.И.О. врача _____

Пациент (или его законный представитель) способен осознать характер своих деяний, может управлять ими, способен понимать возможные последствия

« 20 _____ г. Подпись врача _____

Я, _____
год рождения, проживаю(шь) (ся) по адресу: _____

Этот раздел бланка заполняется только на лиц, не достигших возраста установленного совершеннолетия, или недееспособных граждан:

Я, _____ паспорт: _____ выдан _____

являюсь законным представителем (мать, отец, усыновление, опекун, попечитель) ребенка или лица признанного недееспособным _____

находясь на лечении (обследовании, родоразрешении) в отделении _____
используя свое право, в соответствии со статьей 63 Закона Донецкой Народной Республики «О здравоохранении», отказываюсь от проведения медицинского вмешательства мне (представляемому) (нужно подчеркнуть).

1. Мне, согласно моей воле, даны полные и всесторонние сведения о характере, степени тяжести и возможных осложнениях моего заболевания (заболевания представляемого), включая данные о результатах обследования, наличии заболевания, его диагнозе и прогнозе, методах лечения, связанном с ними риске, возможных вариантах медицинского вмешательства, их последствиях и результатах проведенного лечения;
2. Мне подробно в доступной для меня форме разъяснены возможные медицинские вмешательства. Я осознаю, что отказ от медицинского вмешательства (лечения) может отрицательно сказаться на состоянии моего здоровья (здоровья представляемого) и даже привести к неблагоприятному исходу

Возможные последствия отказа от медицинского вмешательства _____

Дополнительная информация _____

Я ознакомлен (ознакомлена) и согласен (согласна) со всеми пунктами настоящего документа, положения которого мне разъяснены, мною понятны.

« 4 » февраля 2015 года Подпись пациента/законного представителя _____

Нормативно – правовые документы, регламентирующие оказание антирабической помощи

- Приказы МЗ ДНР
- от 13.06.2017г. №1118 «Об утверждении календаря профилактических прививок по эпидпоказаниям и порядка их проведения»
- от 23.11.2017 г. № 2110 «О внесении изменений в приказ Министерства здравоохранения Донецкой Народной Республики от 12.03.2015 г. № 312...» (ф. № 045-2/у, 1 экз. которой направляется в территориальный центр РЦ СЭН ГСЭС МЗ ДНР
- Приказы МЗ Украины
- от 15.04.2004 г. № 205 (языком оригинала) «Про удосконалення заходів профілактики захворювань людей на сказ»

Нормативно – правовые документы, регламентирующие оказание антирабической помощи

■ Приказы МЗ Украины

- от 05.08.1999 № 198 (языком оригинала) «Про вдосконалення профілактики, діагностики та лікування правця»**
- от 16.09.2011 № 595 (языком оригинала) «Про порядок проведення профілактичних щеплень в Україні та контроль якості й обігу медичних імунобіологічних препаратів» в части інформації в случае проявлених поствакцинальних реакцій и осложнених (*Додатки, 1 та 4 до Інструкції щодо організації епідеміологічного нагляду за несприятливими подіями після імунізації при застосуванні вакцин, анатоксинів та алергену туберкульозного*)**

Додаток 1
до Інструкції щодо організації
епідеміологічного нагляду за
несприятливими подіями після
імунізації при застосуванні вакцин,
анатоксинів та алергену
туберкульозного

**Перелік можливих несприятливих подій після імунізації, що потребують
подальшого розслідування**

Коди: I. Реакції	Можливі несприятливі події після імунізації
1	Підвищення температури до 39° С ¹
2	Підвищення температури більше 39° С (сильна загальна реакція організму)
3	Біль, набряк м'яких тканин більше 50 мм, гіперемія у місці введення більше 80 мм, інфільтрат більше 20 мм (сильна місцева)
4	Лімфаденопатія
5	Головний біль
6	Дратівливість, порушення сну
7	Висипання неалергічного генезу
8	Нудота, біль у животі, диспепсія, діарея
9	Катаральні явища
10	Міальгія, артралгія
11	Транзиторна тромбоцитопенія

II. Ускладнення	
12	Післяін'єкційний абсцес
13	Анафілактичний шок та анафілактоїдні реакції
14	Алергічні реакції (набряк Квінке, висипка за типом кропивниці, синдром Стівенса-Джонсона, Лайела)
15	Фебрильні судоми
16	Афебрильні судоми
17	Підшкірний холодний абсцес
18	Поверхнева виразка > 10 мм.
19	Регіональний(і) лімфаденіт(и)
20	Келоїдний рубець
21	Генералізована БЦЖ-інфекція, остеомієліт, остеїт

¹Залежно від індивідуальних особливостей дитини.

12. Анамнез того, хто звернувся: _____

а) захворювання нервової системи німає

б) чи виникає спертій напі, як часто німає

в) чи одрагував в міжлобному антирабичні щеплення, коли, скільки німає

г) інші відомості _____

13. Призначення щеплення МОРТА В 1 дозу в 1 міс. в одній дозі

14. (Прозначений роки (госпіталізація, амбулаторне лікування) в 1 дозі

15. Пасажна антирабичного гаммаглобуліну: дата, серія ВІТ 108⁰⁰ КДБ =

16. Реакція на внутрішньошкірну пробу почервоніння серія 001601 0101 № 2 2704160 169,1

набряк _____

Десенсибілізація: одномоментна, двоментна сударезином по 17 х 0,6

Добова доза дано - 10 доз

Повторні введення _____

дата « _____ » _____ р. доза _____ серія _____

дата « _____ » _____ р. доза _____ серія _____

17. Ускладнення під час проведення щеплень _____

18. Курс щеплень повністю закінчений; відмінений, так як тварина виявилась зорбаною переразній самовільно (інше (підкреслити або вписати) пш. с⁰¹ приймає велику дозу (20 доз) - одразу зупинити на декоративних щепленнях від мору щипавої клітки (у клітку) в кожній дозі

19. Які прийняті заходи по продовженню переразних щеплень німає

20. Примітка _____

Підпис лікаря А.В.В.

З правилами поведінки під час щеплень ознайомлений 1

ІНСТРУКЦІЯ

щодо заповнення карти звернення за антирабичною допомогою

На кожного, хто звернувся за антирабичною допомогою в лікувально-профілактичний заклад карта заповнюється в 2-х примірниках.

Після закінчення курсу щеплень (терміну нагляду за твариною) один примірник карти надсилається в район (міську) санітарно-епідеміологічну станцію (санітайділя лікарні), в районі діяльності якої знаходиться даний лікувально-профілактичний заклад. На того, хто звернувся за антирабичною допомогою в антирабичне відділення санітарно-епідеміологічної станції, карта заповнюється в 1 примірнику, який залишається в даному закладі.

ухудшение состояния: боли во всем теле, онемение рук, озноб, тошнота, позывы к рвоте, общая слабость. Общее состояние средней тяжести. Кожные покровы бледные. Приглашены реаниматолог, невролог. Назначено лечение:

Невролог

У больного явления вторичной интокс. аллергия?) полинейропатия с чувствительными нарушениями.

Рекомендовано: реамберин 400,0 мг в кап.; цераксон 1000 в/в, рибоксин 2% 10,0 в/в; мильгамма 2,0 в/м ч/день; мани 200,0 в/в кап. Консультация реаниматолога.

Анестезиолог

Д-З: Явления вторичной нейропатии с чувствительными нарушениями. К лечению добавить: физ. р-р 20,0 + аспаркам 10 мл + рибоксин 10 мл. + вит. С 10% - 10 мл. в/в кап.; метаклопромид 2,0 в/м; дексаметазон 8 мг. в/в; димедрол 2,0 в/м; анальгин 2,0 в/м.

На момент осмотра нарушения витаминных функций нет. Лечение в условиях ОАИТ не нуждается.

Рабиолог

Выполнение рекомендаций инфекциониста.

Инфекционист

На момент осмотра данные за инфекционную патологию сомнительны. Для уточнения диагноза рекомендовано: обследование на ВГ: HBsAg. За день до вакцинации, в день вакцинации и после 1 д, гептрал 70,0 в/в на физ. р-ре 200,0; гептрал 1т x 3 р/д - 20 дней; урсахол 1т x 3 р/д №10.

Гастроэнтеролог

Д-З: Хр. криптогенный гепатит с умеренной степенью биохимической активности с нарушением билирубинообразования, рецидивирующее течение, фаза стойкой ремиссии. Хр. панкреатит, гастродуоденит, нестойкая ремиссия.

Рекомендовано: ст. №15; омепролан; гептрал; панкреатин; реамберин.

Нормативно – правовые документы, регламентирующие оказание антирабической помощи

- Приказы МЗ Украины
- от 16.09.2011 № 595 (продолжение) в части:
 - соблюдения требований «холодовой цепи»;
 - условий хранения вакцин, анатоксинов и аллергена туберкулезного, которые предусматривают использование в первую очередь препарата с меньшим сроком годности.

(Порядок забезпечення належних умов зберігання, транспортування, приймання та обліку вакцин, анатоксинів та алергену туберкульозного в Україні)

Учет и регистрация пострадавших от укусов животных

- Пострадавших от укусов, оцарапывания, ослюнения животных, инфицированных патматериалом регистрируют в журнале учета инфекционных заболеваний (ф. № 060/у) в учреждении здравоохранения и учреждении ГСЭС МЗ ДНР
- На каждого обратившегося пострадавшего от укусов, оцарапывания, ослюнения животных, инфицированных патматериалом по телефону и письменно в течение 12 часов Экстренное извещение (ф. № 058/у) направляется в территориальный центр ГСЭС МЗ ДНР

Учетная форма № 058/у

наименование министерства, другого органа исполнительной власти, предприятия, учреждения, организации, к сфере управления которого относится учреждение здравоохранения

наименование и местонахождение (полный почтовый адрес) учреждения здравоохранения, в котором заполняется форма

идентификационный код

МЕДИЦИНСКАЯ ДОКУМЕНТАЦИЯ

Форма первичной учетной документации № 058/у

УТВЕРЖДЕНО

Приказ МЗ
Донецкой Народной Республики

1 | 9 | 0 | 8 | 2 | 0 | 1 | 5 | № | 012.1/285

дальнейшего посещения дошкольного или общеобразовательного учебного заведения

(число, месяц, год)

госпитализации

(число, месяц, год)

10. Место госпитализации _____ (наименование учреждения здравоохранения)

ЭКСТРЕННОЕ ИЗВЕЩЕНИЕ

об инфекционном заболевании, пищевом, остром профессиональном отравлении, необычной реакции на прививку

« _____ » _____ 20 ____ года
(дата заполнения извещения)

извещение направлено в _____ (наименование учреждения здравоохранения)

фамилия, имя, отчество больного

дата рождения _____ 3. Пол: мужской - 1, женский - 2

адреса жительства больного (полный почтовый адрес): город _____, населенный пункт _____, дом № _____, кв. № _____

проживает в: городе - 1, селе - 2

телефон _____

адрес работы, учебы, детского учреждения, адрес _____

диагноз _____ шифр по МКБ-10 _____ (вписывать)

пр. 8 дополнительно указываются локализация, глубина раны, характер ранений и количество укусов

даты заболевания _____ (число, месяц, год)

первичного обращения _____ (число, месяц, год)

установления диагноза _____ (число, месяц, год)

11. Диагноз подтвержден лабораторным исследованием - 1, клинически - 2, другое - 3 (вписать) _____

12. Если отравление — указать, где оно возникло, чем отравился пострадавший

Вписать обстоятельства укуса, если животное известно — его вид, масть, кличку, вакцинацию против бешенства. Указать Ф.И.О. и адрес владельца животного

13. Проведенные первичные противоэпидемические мероприятия и дополнительные сведения

Внести сведения о характере предоставленной медицинской помощи, назначенном курсе антирабических прививок, дате взятия животного под ветеринарное наблюдение

14. Дата и время первичного извещения (по телефону и т.п.) санитарно-эпидемиологической службы

Фамилия	лиц:	передавшего	извещение
_____	_____	_____	_____
_____	_____	_____	_____

15. Фамилия, имя, отчество _____
номер контактного телефона _____ лица, заполнившего _____
подпись _____

Регистрационный номер _____ в журнале ф. № 060/у учреждения здравоохранения

Регистрационный номер _____ в журнале ф. № 060/у санитарно-

*Благодарю за
внимание!*

