

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 Форма первинної облікової документації N 063-2/о
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 <input type="checkbox"/>	Ні <input type="checkbox"/>
Ви або дитина хворі на лейкемію, рак, ВІЛ/СНІД або отримуєте лікування - хіміотерапію, стероїдну терапію	Так <input type="checkbox"/> (зазначити, що саме з переліченого)	Ні <input type="checkbox"/>
Чи спостерігалась у Вас/Вашої дитини реакція/ускладнення після введення попередніх вакцин	Так <input type="checkbox"/> (зазначити, яка саме)	Ні <input type="checkbox"/>
У Вас/Вашої дитини наявна серйозна алергічна реакція	Так <input type="checkbox"/> (на що саме)	Ні <input type="checkbox"/>
Протягом останнього року Вам/Вашій дитині проведено введення імуноглобулінів, компонентів крові або цільне переливання крові	Так <input type="checkbox"/> (що саме)	Ні <input type="checkbox"/>
В анамнезі у Вас/Вашої дитини є хронічні захворювання	Так <input type="checkbox"/> (які саме)	Ні <input type="checkbox"/>
В анамнезі у Вас/Вашої дитини є розлади кровотворення	Так <input type="checkbox"/> (які саме)	Ні <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 <input type="checkbox"/>	Ні <input type="checkbox"/>
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 _____

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 _____