

Назва міністерства, іншого центрального органу виконавчої влади, органу місцевого самоврядування, у сфері управління якого перебуває заклад Міністерство охорони здоров'я України Товариство з обмеженою відповідальністю «МЕДИЧНИЙ ЦЕНТР «ПЕРВИНКА 2» Кіровоградська обл. м. Кропивницький, вул. Кавалерійська, будинок 8А Ідентифікаційний код ЄДРПОУ 43858467	<p align="center">Медична документація Форма первинної облікової документації № 063-2/о ЗАТВЕРДЖЕНО Наказ МОЗ від 31.12.2009 №1086</p>
--	---

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

1. Прізвище, ім'я, по батькові особи, що щеплюється: _____ ФІО _____

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 туберкулінодіагностики для Вас або Вашої дитини:

Запитання	Відповідь
На Ваш погляд, на сьогодні Ви/Ваша дитина здорові?	
Ви або дитина хворі на лейкемію, рак, ВІЛ/СНІД або отримуєте лікування - хіміотерапію, стероїдну терапію?	
Чи спостерігалась у Вас/Вашої дитини реакція/ускладнення після введення попередніх вакцин?	
У Вас/Вашої дитини наявна серйозна алергічна реакція?	
Протягом останнього року Вам/Вашій дитині проведено введення імуноглобулінів, компонентів крові, або цільне переливання крові?	
В анамнезі у Вас/Вашої дитини є хронічні захворювання?	
В анамнезі у Вас/Вашої дитини є розлади кровотворення?	

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 піс. 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, атипичний 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

8. Згода особи, батьків або законного представника дитини на проведення щеплення або туберкулінодіагностики для профілактики (чого саме) Даю згоду на проведення щеплення

_____ (дата) _____ (підпис)

9. Я буду негайно інформувати медичних працівників у разі погіршення самопочуття у мене/дитини _____ (підпис)

10. Медичний працівник, що проводив анкетування _____ (П.І.Б.) _____ (підпис)

11. Дата: _____