

Назва міністерства, іншого центрального органу виконавчої влади, органу місцевого самоврядування, у сфері управління якого перебуває заклад

Найменування та місцезнаходження (повна поштова адреса) закладу, відповідальні особи якого заповнили повідомлення

Ідентифікаційний код
ЄДРПОУ

МЕДИЧНА ДОКУМЕНТАЦІЯ

Форма первинної облікової документації
№ 058/о

ЗАТВЕРДЖЕНО

Наказ МОЗ України

1 | 0 | 0 | 1 | 2 | 0 | 0 | 6 | № | 1 | | |

**ЕКСТРЕНЕ ПОВІДОМЛЕННЯ
про інфекційне захворювання, харчове, гостре
професійне отруєння, незвичайну реакцію на щеплення**

» _____ » _____ 20 _____ року.
(дата заповнення повідомлення)

Повідомлення направлено до _____
(найменування закладу охорони здоров'я)

1. Прізвище, ім'я, по батькові хворого _____

2. Дата народження _____ 3. Стать: чоловіча – 1, жіноча – 2 ☐
(число, місяць, рік)

4. Місце проживання хворого (повна поштова адреса): країна _____,
область _____, район _____,
населений пункт _____,
вулиця _____, будинок № _____, кв. № _____

5. Мешкає у: місті – 1, селі – 2 ☐

6. Телефон _____

7. Місце роботи, навчання, дитячого закладу та їх адреса _____

8. Діагноз _____ шифр за МКХ-10 | | | | |
(вписати)

9. Дати:
захворювання _____
(число, місяць, рік)

первинного звернення _____
(число, місяць, рік)

встановлення діагнозу _____
(число, місяць, рік)

подальшого відвідування дошкільного або загальноосвітнього навчального закладу

(число, місяць, рік)

госпіталізації _____
(число, місяць, рік)

10. Місце госпіталізації _____
(найменування лікувального закладу)

11. Діагноз підтверджено: лабораторним дослідженням – 1, клінічно – 2,
інші – 3 (вписати) _____ ☐

12. Якщо отруєння – вказати, де воно виникло, чим отруївся постраждалий _____

13. Проведені первинні протиепідемічні заходи та додаткові відомості _____

14. Дата і час первинного повідомлення (за телефоном тощо) територіальній санітарно-епідеміологічній станції _____
- Прізвище особи, яка повідомила _____
отримала повідомлення _____
15. Прізвище, ім'я, по батькові та номер
контактного телефону особи,
яка заповнила повідомлення _____ (підпис)
- Реєстраційний номер _____ у журналі ф.№ 060/о закладу охорони здоров'я
- Реєстраційний номер _____ у журналі ф.№ 060/о санітарно-епідеміологічної станції
- Роздруковано з ЕЛІССЗ, час та дата _____
- Підпис особи, яка одержала повідомлення _____