

<p>Назва міністерства, іншого центрального органу виконавчої влади, органу місцевого самоврядування, у сфері управління якого перебуває заклад</p> <hr/> <p>Найменування та місцезнаходження (повна поштова адреса) закладу, відповідальні особи якого заповнили повідомлення</p> <hr/> <p>Ідентифікаційний код ЄДРПОУ</p> <table border="1"><tr><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td></tr></table>											<p>МЕДИЧНА ДОКУМЕНТАЦІЯ</p> <p>Форма первинної облікової документації № 058/о</p> <p>ЗАТВЕРДЖЕНО</p> <p>Наказ МОЗ України</p> <table border="1"><tr><td>1</td><td>0</td><td>0</td><td>1</td><td>2</td><td>0</td><td>0</td><td>6</td><td>№</td><td>1</td><td></td><td></td></tr></table>	1	0	0	1	2	0	0	6	№	1		
1	0	0	1	2	0	0	6	№	1														

ЕКСТРЕНЕ ПОВІДОМЛЕННЯ № _____
про інфекційну хворобу, носійство збудників інфекційних хвороб, масові неінфекційні захворювання, отруєння, радіаційне ураження, гостре професійне отруєння
" _____ " _____ року.
(дата заповнення повідомлення)

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

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

2. Дата народження

--	--	--	--	--	--

 (число, місяць, рік)

3. Стать: чоловіча – 1, жіноча – 2 ☐

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

5. Місце реєстрації хворого (повна поштова адреса): країна _____,
область _____, район _____,
населений пункт (місто, село, смт) _____,
вулиця _____, будинок № _____, кв. № _____

6. Телефон _____

7. Місце роботи, навчання, виховання 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)

останнього відвідування навчального закладу, місяця роботи

--	--	--	--	--	--

(число, місяць, рік)

госпіталізації

--	--	--	--	--	--

(число, місяць, рік)

10. Місце госпіталізації _____
(найменування лікувального закладу)

11. Чи зібрані зразки: Так / Ні _____

Заповніть таблицю:

Дата забору	Час забору	Лабораторний №	Тип зразку	Куди направлено

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

13. Проведені первинні протиепідемічні заходи та додаткові відомості (епіданамнез, дані про контактних осіб, вакцинальний статус тощо)

14. Дата і час первинного повідомлення (за телефоном тощо) санітарно-профілактичного закладу у сфері громадського здоров'я _____

Прізвище особи, яка повідомила _____

отримала повідомлення _____

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

16. Прізвище, ім'я, по батькові та номер контактного телефону особи, яка заповнила повідомлення _____

(підпис)

Підпис особи, яка одержала повідомлення _____