|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| **МІНІСТЕРСТВО ОХОРОНИ ЗДОРОВ’Я УКРАЇНИ** | | | | | | | | | | | | | **ФОРМА 063-о** | | | | | \_\_ \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_  найменування організації | | | |
| Взято на облік \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ Найменування дитячої установи (для орг. дітей) \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_  Прізвище, ім’я, по батькові \_ \_\_\_\_\_\_ \_LastName\_\_Name\_\_\_ Patronymic\_\_\_\_ \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_  Дата народження \_\_\_\_ . Birthday\_\_\_\_ . \_\_\_\_\_\_\_\_\_  (число, місяць, рік)  Домашня адреса: область \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_, район \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_, населений пункт\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_, вул.\_\_\_\_\_\_Street\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ , буд. №\_\_\_\_, корп. №\_\_\_\_ , кв. №\_\_\_\_  Відмітки про зміну адреси \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| **Щеплення проти туберкульозу** | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| **Вид щеплення** | | **Вік** | | **Дата** | | | | **Доза** | | | **Серія** | | | **Реакція на щеплення (місцева)** | | | | | | | **Мед. протипоказ. (дата, причина)** |
| Вакцинація | | Age0 | | Date0 | | | | Doze0 | | | Series0 | | | Reaction0 | | | | | | | MedContra0 |
| Ревакцинація | | Age1 | | Date1 | | | | Doze1 | | | Series1 | | | Reaction1 | | | | | | | MedContra1 |
| TypeVaccine2 | | Age2 | | Date2 | | | | Doze2 | | | Series2 | | | Reaction2 | | | | | | | MedContra2 |
| **Щеплення проти поліомієліту** | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| Вакцинація | | | | | | Ревакцинація | | | | | | | | | | | | | | | **Мед. протипоказ. (дата, причина**) |
| **Вік** | **Дата** | | **Серія** | | **Вік** | | | | **Дата** | | | **Серія** | | | **Вік** | | **Дата** | | | **Серія** |  |
|  |  | |  | |  | | | |  | | |  | | |  | |  | | |  |  |
|  |  | |  | |  | | | |  | | |  | | |  | |  | | |  |  |
|  |  | |  | |  | | | |  | | |  | | |  | |  | | |  |  |
|  |  | |  | |  | | | |  | | |  | | |  | |  | | |  |  |
| **Щеплення проти дифтерії, кашлюку, правцю** | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| **Вид щеплення** | | **Вік** | | **Дата** | | | **Доза** | | | **Серія** | | | | **Назва**  **препарату** | | **Реакція на щеплення** | | | | | **Мед. протипоказ. (дата, причина**) |
| **загальна** | | | **місцева** | |
| Вакцинація | |  | |  | | |  | | |  | | | |  | |  | | |  | |  |
|  | |  | |  | | |  | | |  | | | |  | |  | | |  | |  |
|  | |  | |  | | |  | | |  | | | |  | |  | | |  | |  |
| Ревакцинація | |  | |  | | |  | | |  | | | |  | |  | | |  | |  |
|  | |  | |  | | |  | | |  | | | |  | |  | | |  | |  |
|  | |  | |  | | |  | | |  | | | |  | |  | | |  | |  |
|  | |  | |  | | |  | | |  | | | |  | |  | | |  | |  |
|  | |  | |  | | |  | | |  | | | |  | |  | | |  | |  |
|  | |  | |  | | |  | | |  | | | |  | |  | | |  | |  |
|  | |  | |  | | |  | | |  | | | |  | |  | | |  | |  |

|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| **Щеплення проти кору, краснухи, паротиту** | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| **Вік** | **Дата** | | | **Доза** | | **Серія** | | | **Назва препарату** | | | | | **Реакція на щеплення** | | | | | | **Мед. протипоказ. (дата, причина**) | | |
| **загальна** | | | **місцева** | | |
|  |  | | |  | |  | | |  | | | | |  | | |  | | |  | | |
|  |  | | |  | |  | | |  | | | | |  | | |  | | |  | | |
|  |  | | |  | |  | | |  | | | | |  | | |  | | |  | | |
|  |  | | |  | |  | | |  | | | | |  | | |  | | |  | | |
|  |  | | |  | |  | | |  | | | | |  | | |  | | |  | | |
|  |  | | |  | |  | | |  | | | | |  | | |  | | |  | | |
| **Щеплення проти гепатиту В** | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| **Вид щеплення** | | **Вік** | | | **Дата** | | | **Доза** | | **Серія** | | **Назва**  **препарату** | | | **Реакція на щеплення** | | | | | **Мед. протипоказ. (дата, причина**) | | |
| **загальна** | | | **місцева** | |
| Вакцинація | |  | | |  | | |  | |  | |  | | |  | | |  | |  | | |
|  | |  | | |  | | |  | |  | |  | | |  | | |  | |  | | |
|  | |  | | |  | | |  | |  | |  | | |  | | |  | |  | | |
|  | |  | | |  | | |  | |  | |  | | |  | | |  | |  | | |
| **Інші імунобіологічні препарати** | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| **Вид щеплення** | | **Вік** | | | **Дата** | | | **Доза** | | **Серія** | | **Назва**  **препарату** | | | **Реакція на щеплення** | | | | | **Мед. протипоказ. (дата, причина**) | | |
| **загальна** | | | **місцева** | |
|  | |  | | |  | | |  | |  | |  | | |  | | |  | |  | | |
|  | |  | | |  | | |  | |  | |  | | |  | | |  | |  | | |
|  | |  | | |  | | |  | |  | |  | | |  | | |  | |  | | |
|  | |  | | |  | | |  | |  | |  | | |  | | |  | |  | | |
|  | |  | | |  | | |  | |  | |  | | |  | | |  | |  | | |
| **Туберкулінові проби** | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| **Дата** | | | **Серія** | | | | **Результат** | | | | **Дата** | | **Серія** | | | **Результат** | | | **Дата** | | **Серія** | **Результат** |
|  | | |  | | | |  | | | |  | |  | | |  | | |  | |  |  |
|  | | |  | | | |  | | | |  | |  | | |  | | |  | |  |  |
|  | | |  | | | |  | | | |  | |  | | |  | | |  | |  |  |
|  | | |  | | | |  | | | |  | |  | | |  | | |  | |  |  |
| Дата зняття з обліку \_\_\_ . \_\_\_ . \_\_\_\_\_\_\_\_ Причина \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ Підпис \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_  \* По кожному щепленню вказувати країну-виробника препарату.  Карта заповнюється в дитячій лікувально-профілактичній установі і фельдшерсько-акушерському пункті при взятті дитини на облік.  У разі виїзду дитини з міста або району видається довідка про проведені щеплення. Карта залишається в установі. | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |