|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| **МІНІСТЕРСТВО ОХОРОНИ ЗДОРОВ’Я УКРАЇНИ** | | | | | | | | | | | | | | **ФОРМА 063-о** | | | | \_\_testdata\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_  найменування організації | | | |
| Взято на облік \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ Найменування дитячої установи (для орг. дітей) \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_  Прізвище, ім’я, по батькові \_ \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_  Дата народження \_\_\_\_ . \_\_\_\_ . \_Birthday\_\_\_\_\_\_\_\_  (число, місяць, рік)  Домашня адреса: область \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ \_\_\_\_\_FirstName\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_FirstName, район \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_, населений пункт\_\_\_\_LastName\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_Street\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_, вул.\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ , буд. №\_\_\_\_, корп. №\_\_\_\_ , кв. №\_\_\_\_  Відмітки про зміну адреси \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ City\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| **Щеплення проти туберкульозу** | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| **Вид щеплення** | | **Вік** | | **Дата** | | | | **Доза** | | | **Серія** | | **Реакція на щеплення (місцева)** | | | | | | | | **Мед. протипоказ. (дата, причина)** |
| Вакцинація | |  | |  | | | |  | | |  | |  | | | | | | | |  |
| Ревакцинація | |  | |  | | | |  | | |  | |  | | | | | | | |  |
|  | |  | |  | | | |  | | |  | |  | | | | | | | |  |
| **Щеплення проти поліомієліту** | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| Вакцинація | | | | | | Ревакцинація | | | | | | | | | | | | | | | **Мед. протипоказ. (дата, причина**) |
| **Вік** | **Дата** | | **Серія** | | **Вік** | | | | **Дата** | | | **Серія** | | | **Вік** | | **Дата** | | | **Серія** |  |
|  |  | |  | |  | | | |  | | |  | | |  | |  | | |  |  |
|  |  | |  | |  | | | |  | | |  | | | testdata | |  | | |  |  |
|  |  | |  | |  | | | |  | | |  | | |  | |  | | |  | testdata |
|  |  | |  | |  | | | |  | | |  | | |  | | testdata | | |  |  |
| **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. | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |