

Інформована згода 0-63/2

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

1. П.І.Б особи, що щеплюється _____

2. Дата народження _____ Місце проживання, телефон _____

5. Наведений нижче контрольний список запитань допоможе Вашому лікарю вирішити питання щеплення або туберкулінодіагностики для Вас або для Вашої дитини:

Запитання	Відповідь	
Сьогодні Ви/Ваша дитина здорові	Так <input type="checkbox"/>	Ні <input type="checkbox"/>
Ви або дитина хворі на лейкемію, рак, ВІЛ/СНІД або отримуєте лікування - хіміотерапію, стероїдну терапію	Так <input type="checkbox"/>	Ні <input type="checkbox"/>
Чи спостерігалась у Вас/Вашої дитини реакція/ускладнення після введення попередніх вакцин	Так <input type="checkbox"/>	Ні <input type="checkbox"/>
У Вас/Вашої дитини наявна серйозна алергічна реакція	Так <input type="checkbox"/>	Ні <input type="checkbox"/>
Протягом останнього року Вам/Вашій дитині проведено введення імуноглобулінів, компонентів крові або цільне переливання крові	Так <input type="checkbox"/>	Ні <input type="checkbox"/>
В анамнезі у Вас/Вашої дитини є хронічні захворювання	Так <input type="checkbox"/>	Ні <input type="checkbox"/>
В анамнезі у Вас/Вашої дитини є розлади кровотворення	Так <input type="checkbox"/>	Ні <input type="checkbox"/>

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 після 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, атиповий 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 <input type="checkbox"/>	Ні <input type="checkbox"/>
8. Я буду негайно інформувати медичних працівників про стан здоров'я у мене/дитини	_____ (підпис)	

Згода батьків або законного представника на проведення щеплення профілактики _____ (чого саме, дата та підпис)	Так <input type="checkbox"/>	Ні <input type="checkbox"/>
Згода батьків або законного представника на проведення щеплення профілактики _____ (чого саме, дата та підпис)	Так <input type="checkbox"/>	Ні <input type="checkbox"/>
Згода батьків або законного представника на проведення щеплення профілактики _____ (чого саме, дата та підпис)	Так <input type="checkbox"/>	Ні <input type="checkbox"/>
Згода батьків або законного представника на проведення щеплення профілактики _____ (чого саме, дата та підпис)	Так <input type="checkbox"/>	Ні <input type="checkbox"/>
Згода батьків або законного представника на проведення щеплення профілактики _____ (чого саме, дата та підпис)	Так <input type="checkbox"/>	Ні <input type="checkbox"/>
Згода батьків або законного представника на проведення щеплення профілактики _____ (чого саме, дата та підпис)	Так <input type="checkbox"/>	Ні <input type="checkbox"/>
Згода батьків або законного представника на проведення щеплення профілактики _____ (чого саме, дата та підпис)	Так <input type="checkbox"/>	Ні <input type="checkbox"/>
Згода батьків або законного представника на проведення щеплення профілактики _____ (чого саме, дата та підпис)	Так <input type="checkbox"/>	Ні <input type="checkbox"/>
Згода батьків або законного представника на проведення щеплення профілактики _____ (чого саме, дата та підпис)	Так <input type="checkbox"/>	Ні <input type="checkbox"/>

Згода на збір та обробку персональних даних

П.І.Б особи, що щеплюється _____

Дата народження _____ Місце проживання _____

Я, _____

(Прізвище, ім'я, по батькові особи що щеплюється, батьків або законного представника дитини) даю згоду на збір та використання інформації щодо моїх дітей/дитини персональних даних у випадку виникнення несприятливих подій після імунізації при застосуванні вакцин анатоксинів та алергену туберкульозу з метою передачі цих даних до Міністерства охорони здоров'я України та ДП Державний експертний центр МОЗ України для оперативного реагування розслідування причин їх виникнення та життя відповідних заходів.

Дата _____

Підпис _____