

ЗАТВЕРДЖЕНО
Наказ Міністерства охорони
здоров'я України
«___» _____ 2026 року № ___

Найменування міністерства, іншого органу виконавчої влади, підприємства, установи, організації, до сфери управління якого (якої) належить заклад охорони здоров'я (за наявності) _____	МЕДИЧНА ДОКУМЕНТАЦІЯ Форма первинної облікової документації № 058-2/о ЗАТВЕРДЖЕНО Наказ МОЗ _____ № _____
Найменування, місцезнаходження (повна поштова адреса) закладу охорони здоров'я або прізвище, власне ім'я, по батькові (за наявності) фізичної особи-підприємця (ФОП), місцезнаходження (повна поштова адреса) ФОП _____	
Код за ЄДРПОУ/ Реєстраційний номер облікової картки платника податків ФОП _____	

ЕКСТРЕНЕ ПОВІДОМЛЕННЯ
про підозру на сказ у людини № _____
«___» _____ 20__ року
(дата заповнення повідомлення)

Розділ І. Епідеміологічні дані

- Повідомлення направлено до: _____
(найменування ЦКПХ)
- Прізвище _____ власне ім'я _____ по батькові (за наявності) _____, контактний телефон +38 (0__) ____ ____
- Адреса фактичного місця проживання на момент виникнення події _____
- Дата народження ____ / ____ / ____
(число/ місяць/ рік)
- Гендерна ідентичність: ☐ чоловіча ☐ жіноча ☐ невизначена
- Контактна особа (за потреби): власне ім'я _____, телефон +38 (0__) ____ ____
- Дата та час первинного звернення за медичною допомогою ____ / ____ / ____ / ____: ____
(число/ місяць/ рік/год/хв)
- Код відповідно Національного класифікатора НК 25:2021:
☐ Z20.3 – Контакт з хворим або можливість зараження сказом;
☐ W54 – Укус або удар, завданий собакою ☐ W54.0 – Укус собаки ☐ W54.8 – Інший контакт з собакою
☐ W55 – Укус або удар, завданий іншими ссавцями ☐ W55.1 – Укус або удар, завданий котом ☐ W55.8 – Укус або удар, завданий іншими уточненими ссавцями ☐ W55.9 – Укус або удар, завданий не уточненими ссавцями
- Категорія контакту/ ушкодження:
☐ Категорія I ☐ Категорія II ☐ Категорія III
- Чи отримувала особа раніше профілактичну або постконтактну вакцинацію проти сказу:
☐ так ☐ ні ☐ невідомо
- 10.1. Якщо так, зазначити дату введення останньої дози вакцини ____ / ____ / ____ /
(число/ місяць/ рік)
та кількість введених доз вакцини _____
11. Дата та час події ____ / ____ / ____ / ____: ____
(число/ місяць/ рік/год/хв)
12. Місце події (категорія населеного пункту): ☐ місто ☐ село ☐ селище ☐ за межами населеного пункту
13. Вид контакту: ☐ укус ☐ подряпини ☐ ослинення пошкодженої шкіри ☐ ослинення не пошкодженої шкіри ☐ контакт із слизовими оболонками ☐ інше
14. Локалізація ушкодження: ☐ голова ☐ шия ☐ тулуб ☐ кінцівка нижня ☐ кінцівка верхня ☐ інше _____
15. Опис обставин події: _____

16. Інформація про тварину, що спричинила контакт / ушкодження:

16.1. Вид тварини: ☐ собака ☐ кіт ☐ лисиця ☐ кажан ☐ інше: _____

16.2. Статус тварини: ☐ домашня ☐ безпритульна ☐ дика ☐ невідомо

16.3. Доступність тварини: ☐ під наглядом ☐ доступна ☐ недоступна

17. Надання медичної допомоги лікарем при первинному зверненні:

☐ обробка рани

☐ зупинка кровотечі

☐ накладання пов'язки

☐ інше _____

18. Надання спеціалізованої медичної допомоги:

☐ накладання швів

☐ хірургічна обробка рани

19. Постконтактна профілактика:

19.1. Призначено антирабічну вакцину: ☐ так ☐ ні

19.2. Призначено антирабічний імуноглобулін: ☐ так ☐ ні

20. Лікар, який заповнює цю форму: прізвище _____ власне ім'я _____ контактний телефон _____ підпис _____

Розділ II. Епідеміологічні дані ЦКПХ

1. Дата та час отримання повідомлення ____ / ____ / ____ / ____: ____
(число/ місяць/ рік/год/хв)

2. Працівник ЦКПХ, що отримав повідомлення про випадок: посада _____
Прізвище _____ власне ім'я _____ підпис _____

3. Повнота наданих даних для епідеміологічного нагляду: ☐ повні ☐ неповні (потребують уточнення)

3.1. У разі неповноти даних, що саме потребує уточнення: ☐ дані про пацієнта ☐ обставини контакту

☐ дані про тварину ☐ категорія експозиції ☐ надання домедичної допомоги ☐ інше _____

4. Додаткова інформація про тварину, що спричинила контакт / ушкодження:

4.1. Поведінка тварини на момент нападу: ☐ звичайна ☐ агресивна ☐ нетипова ☐ невідома

4.2. Відомості про власника або місце перебування (для домашніх тварин): _____

4.3. Статус вакцинації тварини від сказу: ☐ вакцинована ☐ не вакцинована ☐ невідомо

4.4. Подальше поводження з твариною: ☐ під наглядом ветеринарної служби ☐ доступна для спостереження ☐ загинула / була знищена ☐ інше _____

5. Повідомлено територіальний орган Держпродспоживслужби: ☐ так ☐ ні

5.1. Якщо так, то дата і час повідомлення: ____ / ____ / ____ / ____: ____
(число/ місяць/ рік/ час)

6. Чи є інші постраждалі внаслідок цього випадку контакту/ ушкодження? ☐ так ☐ ні

6.1. Якщо так, інформація про інших постраждалих:

Прізвище, власне ім'я, по батькові (за наявності) _____,

телефон _____, звернення за медичною допомогою ☐ так ☐ ні, якщо так – дата екстреного повідомлення / ____ / ____ / ____

Прізвище, власне ім'я, по батькові (за наявності) _____,

телефон _____, звернення за медичною допомогою ☐ так ☐ ні, якщо так – дата екстреного повідомлення / ____ / ____ / ____

Прізвище, власне ім'я, по батькові (за наявності) _____,

телефон _____, звернення за медичною допомогою ☐ так ☐ ні, якщо так – дата екстреного повідомлення / ____ / ____ / ____

Прізвище, власне ім'я, по батькові (за наявності) _____,

телефон _____, звернення за медичною допомогою ☐ так ☐ ні, якщо так – дата екстреного повідомлення / ____ / ____ / ____

Прізвище, власне ім'я, по батькові (за наявності) _____,

телефон _____, звернення за медичною допомогою ☐ так ☐ ні, якщо так – дата екстреного повідомлення / ____ / ____ / ____

7. Наявність підстав для міжтериторіального інформування: ☐ так ☐ ні

7.1. У разі, якщо експозиція відбулася в іншій адміністративно-територіальній одиниці, направлення інформації до відповідного ЦКПХ за місцем виникнення події: ☐ здійснено ☐ не здійснено

Дата направлення інформації: ____ / ____ / ____

ЦКПХ, до якого направлено інформацію: _____

Найменування міністерства, іншого органу виконавчої влади, підприємства, установи, організації, до сфери управління якого (якої) належить заклад охорони здоров'я (за наявності) _____	МЕДИЧНА ДОКУМЕНТАЦІЯ
Найменування, місцезнаходження (повна поштова адреса) закладу охорони здоров'я або прізвище, власне ім'я, по батькові (за наявності) фізичної особи-підприємця (ФОП), місцезнаходження (повна поштова адреса) ФОП _____	
Код за ЄДРПОУ/ Реєстраційний номер облікової картки платника податків ФОП _____	
Форма первинної облікової документації № 058-2/о ЗАТВЕРДЖЕНО Наказ МОЗ _____ № _____	

Розділ III. Надання медичної допомоги

Дата ____/____/____/
(число/ місяць/ рік)

1. Прізвище _____ власне ім'я _____ по батькові (за наявності) _____, контактний телефон +38 (0____) ____-____

2. Дата народження ____/____/_____
(число/ місяць/ рік)

3. Характер звернення: ☐ первинне ☐ перенаправлений з _____

4. Дата та час первинного звернення за медичною допомогою ____/____/____/_____
(число/ місяць/ рік/час)

5. Надання медичної допомоги при первинному зверненні: ☐ проведена ☐ не проводилась

6. Якщо проводилася первинна обробка рани зазначити характер обробки: ☐ промивання водою з милом ☐ обробка антисептиком ☐ зупинка кровотечі ☐ накладання пов'язки ☐ інше _____

7. Хірургічна тактика ведення рани: ☐ не потребує хірургічного втручання ☐ первинна хірургічна обробка рани ☐ накладання швів ☐ дренування рани ☐ направлення/переведення до іншого закладу охорони здоров'я для спеціалізованої допомоги ☐ інше _____

8. Направлення на отримання спеціалізованої медичної допомоги № _____

9. Постконтактна профілактика:

9.1. Призначено антирабічну вакцину: ☐ так ☐ ні

9.2. Призначено антирабічний імуноглобулін: ☐ так ☐ ні

10. Направлення для проведення постконтактної профілактики до іншого закладу охорони здоров'я: ☐ так ☐ ні.

Лікар, який надавав медичну допомогу: прізвище _____ власне ім'я _____ телефон _____ підпис _____

11. Введення антирабічних препаратів:

11.1. Схема постконтактної вакцинації: ☐- протокол 1: ☐- протокол 2: ☐ протокол для раніше вакцинованої особи:

11.2. введення антирабічного імуноглобуліну: ☐ так ☐ ні

12. КАРТА ПРОВЕДЕННЯ ПОСТКОНТАКТНОЇ ПРОФІЛАКТИКИ СКАЗУ

Доза	Торговельна назва лікарського засобу (вакцина, імуноглобулін)	Найменування виробника	Дата введення лікарського засобу	Серія, номер	Спосіб введення	Місце введення	Прізвище, власне ім'я медичного працівника, який ввів лікарський засіб
№ 1 вакцини							
№ 2							
№ 3							
№ 4							
Імуноглобулін							

13. Курс постконтактної профілактики: ☐ завершений ☐ перерваний ☐ особа вибула з-під нагляду ☐ помер(ла).

13.1. Якщо курс перервано, зазначити причину: ☐ відмінено, тварина виявилась клінічно здоровою ☐ відмова від подальшої вакцинації ☐ порушення графіка / неявка на чергове введення ☐ медичні протипоказання / небажана реакція ☐ інше: _____

14. Лікар (прізвище, власне ім'я): _____ підпис _____

**Директор Департаменту
медичних послуг**

Валерія СОРУЧАН