

ПОРІВНЯЛЬНА ТАБЛИЦЯ

до проєкту наказу Міністерства охорони здоров'я України «Про внесення змін до наказів Міністерства охорони здоров'я України від 10 січня 2006 року № 1 та від 28 липня 2014 року № 527»

Зміст положення проєкту акта		Зміст пропонованого положення проєкту акта	
наказ Міністерства охорони здоров'я України від 10 січня 2006 року № 1 «Про затвердження Форм первинної облікової документації з інфекційної, дерматовенерологічної, онкологічної захворюваності та інструкцій щодо їх заповнення», зареєстрований в Міністерстві юстиції України 08 червня 2006 року за № 686/12560			
1. Затвердити: ... 1.4. Інструкцію щодо заповнення форми первинної облікової документації № 058-1/о «Лабораторне сповіщення про виявлення лабораторних критеріїв інфекційної хвороби, отруєння» (додається). 1.5. Форму первинної облікової документації № 060/о "Журнал обліку інфекційних захворювань" (далі - облікова форма № 060/о, додається). ...		1. Затвердити: ... 1.4. Інструкцію щодо заповнення форми первинної облікової документації № 058-1/о «Лабораторне сповіщення про виявлення лабораторних критеріїв інфекційної хвороби, отруєння» (додається). 1.5. Форму первинної облікової документації № 058-2/о «Екстрене повідомлення про підозру на сказ у людини № ____», що додається.»; «1.6. Інструкцію щодо заповнення форми первинної облікової документації № 058-2/о «Екстрене повідомлення про підозру на сказ у людини № ____», що додається. 1.7. Форму первинної облікової документації № 060/о "Журнал обліку інфекційних захворювань" (далі - облікова форма № 060/о, додається). ...	
Відсутня	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 _____		Форма первинної облікової документації № 058-2/о ЗАТВЕРДЖЕНО Наказ МОЗ № _____
	Код за ЄДРПОУ/ Реєстраційний номер облікової картки платника податків ФОП _____		

ЕКСТРЕНЕ ПОВІДОМЛЕННЯ

про підозру на сказ у людини № _____

« _____ » _____ 20__ року

(дата заповнення повідомлення)

Розділ I. Епідеміологічні дані

1. Повідомлення направлено до:

(найменування ЦКПХ)

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

контактний телефон +38 (0__) ____ _

3. Адреса фактичного місця проживання на момент виникнення події _____

4. Дата народження ____ / ____ / ____
(число/ місяць/ рік)5. Гендерна ідентичність: ☐ чоловіча ☐ жіноча ☐ невизначена6. Контактна особа (за потреби): власне ім'я _____,
телефон +38 (0__) ____ _7. Дата та час первинного звернення за медичною допомогою ____ / ____ / ____ : ____
(число/ місяць/ рік/год/хв)

8. 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 неуточненими ссавцями

9. Категорія контакту/ ушкодження:

☐ Категорія I ☐ Категорія II ☐ Категорія III

10. Чи отримувала особа раніше профілактичну або постконтактну вакцинацію проти сказу:

☐ так ☐ ні ☐ невідомо10.1. 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 _____	Форма первинної облікової документації № 058-2/о ЗАТВЕРДЖЕНО Наказ МОЗ _____ № _____
Код за ЄДРПОУ/ Реєстраційний номер облікової картки платника податків ФОП _____	

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 ☐ дренирування 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, імуноглобулі н)	Наймену вання виробник а	Дата введення лікарсько го засобу	Серія, номер	Спосіб введенн я	Місце введенн я	Прізвище, власне ім'я медичного працівника, який ввів лікарський засіб
№ 1 вакцини							
№ 2							
№ 3							
№ 4							
Імуног лобулін							

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 _____

Відсутня

ЗАТВЕРДЖЕНО

Наказ Міністерства охорони
здоров'я України

«__» _____ 2026 року № ____

**Інструкція
щодо заповнення форми первинної облікової
документації № 058-2/о
«Екстрене повідомлення про підозру на сказ у людини №
_____»**

1. Ця Інструкція визначає порядок заповнення форми первинної облікової документації № 058-2/о «Екстрене повідомлення про підозру на сказ у людини №____», затвердженої наказом Міністерства охорони здоров'я України від «___» _____2026 року № _____, зареєстрованим в Міністерстві юстиції України «___» _____2026 року за № _____ (далі — Форма № 058-2/о).

2. Форма № 058-2/о є основним медичним документом, призначеним для обліку та екстреного інформування про всі випадки укусу, ослинення або іншого контакту людини з твариною, що становить ризик інфікування сказом. Форма № 058-2/о застосовується з метою здійснення епідеміологічного нагляду за сказом, своєчасного призначення постконтактної (антирабічної) профілактики (далі – ПКП), взаємодії із ветеринарною службою та формування державної статистичної інформації.

3. Форму № 058-2/о заповнюють:

1) заклади охорони здоров'я та фізичні особи – підприємці, які отримали ліцензію на провадження господарської діяльності з медичної практики, і є надавачами первинної або спеціалізованої медичної допомоги (далі – ЗОЗ, ФОП) – розділ І;

2) Центри контролю профілактики хвороб Міністерства охорони здоров'я України (далі – ЦКПХ), до якого подається заповнений ЗОЗ чи ФОП розділ I Форми № 058-2/о – розділ II;

3) ЗОЗ та ФОП, які надають антирабічну допомогу та забезпечують здійснення постконтактної профілактики (далі – ПКП) – розділ III.

4. Розділ I Форми № 058-2/о заповнюється невідкладно після первинного звернення пацієнта за медичною допомогою до ЗОЗ, ФОП з приводу укусу, ослинення або іншого небезпечного контакту з твариною. Заповнений розділ I Форми № 058-2/о подається ЗОЗ, ФОП до ЦКПХ у строк не пізніше 24 годин з моменту первинного звернення пацієнта за медичною допомогою, розділ II Форми № 058-2/о заповнюється ЦКПХ протягом 48 годин після її отримання.

Розділ III Форми № 058-2/о заповнюється ЗОЗ, ФОП, які забезпечують здійснення ПКП, та подається до ЦКПХ у строк не пізніше 24 годин з моменту завершення або переривання з будь-яких причин курсу ПКП.

Форма № 058-2/о заповнюється у двох примірних, один з яких залишається в ЗОЗ, ФОП, який її заповнив, а другий примірник подається до ЦКПХ. Форма № 058-2/о подається до ЦКПХ особисто або на адресу електронної пошти, іншими технічними засобами електронних комунікацій.

5. Усі записи у Формі № 058-2/о здійснюються чітко, розбірливо, українською мовою, без скорочень (крім загальноприйнятих медичних) та при її заповненні у відповідних пунктах робиться відмітка «+».

У разі ведення Форми № 058-2/о в електронній формі вона повинна включати в себе всі дані, які містяться у заповненій паперовій формі та зберігаються в медичній інформаційній системі закладу охорони здоров'я, які передбачені цією Інструкцією та відповідати вимогам Закону України «Про електронні документи та електронний документообіг».

6. У верхньому лівому куті Форми № 058-2/о вказується найменування міністерства, іншого центрального органу виконавчої влади, органу місцевого самоврядування, у сфері управління якого перебуває ЗОЗ (за наявності), найменування та місцезнаходження (повна поштова адреса) ЗОЗ та ідентифікаційний код з Єдиного державного реєстру підприємств та організацій України (ЄДРПОУ) або прізвище, власне ім'я, по батькові (за наявності) ФОП, місцезнаходження (повна поштова адреса) ФОП та реєстраційний номер облікової картки платника податків ФОП.

7. При заповненні розділів I, II, III Форми № 058-2/о обов'язково мають бути вказані дата та час заповнення кожного розділу.

8. При заповненні розділу I Форми № 058-2/о у пункті 1 зазначається найменування ЦКПХ відповідної адміністративно-територіальної одиниці, до якого направляється Форма № 058-2/о.

9. У розділі I Форми № 058-2/о:

1) у пункті 2 зазначаються прізвище, власне ім'я, по батькові (за наявності) пацієнта, який звернувся за медичною допомогою у зв'язку з укусом, ослиненням або іншим контактом пацієнта з твариною, що становить ризик інфікування пацієнта сказом, а також його контактний телефон;

2) у пункті 3 зазначається адреса фактичного місця проживання на момент виникнення події пацієнта, який звернувся за медичною допомогою;

3) у пункті 4 зазначаються число, місяць та рік народження пацієнта;

4) у пункті 5 зазначається гендерна ідентичність пацієнта;

5) у пункті 6 зазначається за потреби контактна особа, вказується її власне ім'я та номер телефону;

6) у пункті 7 зазначають дата (число, місяць рік) та час (години і хвилини) первинного звернення за медичною допомогою;

7) у пункті 8 зазначається інформація про код відповідно до Національного класифікатора НК 025:2021 «Класифікатор хвороб та споріднених проблем охорони здоров'я», затвердженого наказом Міністерства економіки України «Про затвердження та скасування національних класифікаторів» від 04 серпня 2021 року № 360.

Зокрема, у разі контакту пацієнта з особою, яка захворіла на сказ, кодування здійснюється за кодом Z20.3 «Контакт з хворим або можливість зараження сказом». У разі нападу собаки кодування здійснюється за кодом W54 «Укус або удар, завданий собакою», у разі укусу собаки вказується код W54.0 «Укус собаки», у разі ослинення або іншого контакту пацієнта з собакою вказується код W54.8 «Інший контакт з собакою».

У разі контактів з іншими тваринами кодування може бути здійснено за кодами 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 неуточненими ссавцями»;

8) пункті 9 зазначається категорія контакту / ушкодження, а саме: Категорія I, Категорія II, чи Категорія III.

Категорія I – без ушкоджень шкіри;

Категорія II – поверхневі подряпини, садна без виділення крові;

Категорія III – трансдермальні укуси або подряпини, ослинення пошкодженої шкіри, ослинення та будь-який контакт із кажанами;

9) у пункті 10 зазначається, чи отримувала особа раніше профілактичну або постконтактну вакцинацію проти сказу. У разі отримання у підпункті 10.1 деталізується інформація, щодо дати введення останньої дози вакцини та кількості введених пацієнту доз вакцини;

10) у пункті 11 вказується дата (число, місяць, рік) та орієнтований час (години, хвилини) події контакту з твариною;

11) у пункті 12 вказується місце події, де відбувся контакт пацієнта з твариною: місто, село, селище відповідно до типу територіальної громади;

12) у пункті 13 вказується інформація щодо виду контакту з твариною: укусу, подряпини, ослинення пошкодженої шкіри, ослинення пошкодженої шкіри, ослинення не пошкодженої шкіри, контакт із слизовими оболонками, інші види контакту;

13) у пункті 14 відмічається локалізація ушкодження (за наявності ушкодження). Зокрема у категорії: голова, шия, тулуб, кінцівка нижня, кінцівка верхня, інше;

14) у пункті 15 вказується опис обставин події, де вказується опис характеру ушкоджень, зокрема, глибина ушкоджень, кількість ран, наявність кровотечі, забруднення тощо. Інформація вказується лікарем у довільній формі;

15) у пункті 16 зазначається інформація про тварину з якою відбувся контакт або яка спричинила ушкодження:

у підпункті 16.1 відмічається вид тварини. За необхідності вноситься додаткова інформація щодо виду тварини в полі «інше»;

у підпункті 16.2 відмічається статус тварини: домашня, безпритульна, дика;

у підпункті 16.3 відмічається дані про доступність тварини: під наглядом, доступна, недоступна;

16) пункт 17 заповнюється лікарем, який надавав медичну допомогу при первинному зверненні та вказується вид медичної послуги, яка надавалась пацієнту лікарем: обробка рани, зупинка кровотечі, накладання пов'язки. У полі «інше» зазначається в довільній формі, яка медична допомога надавалась. Також в полі «інше» зазначається, якщо медична допомога лікарем не надавалась;

17) пункт 18 заповнюється лікарем, який забезпечує надання спеціалізованої медичної допомоги, позначається вид спеціалізованої медичної допомоги, яка надавалась ним: накладання швів чи хірургічна обробка рани;

18) у пункті 19 зазначається інформація щодо ПКП пацієнта. У підпунктах 19.1 та 19.2 цього пункту позначається інформація про призначення пацієнту антирабічної вакцини або антирабічного імуноглобуліну. У разі введення вакцини або імуноглобуліну заповнюється інформація про першу дозу лікарського засобу, який було введено;

19) у пункті 20 зазначається інформація про лікаря, який заповнив цей розділ, вказується його посада, прізвище, власне ім'я, контактний телефон та проставляється його підпис.

10. Після заповнення розділу I Форма № 058-2/о направляється (передається) не пізніше 24 годин з моменту

звернення пацієнта до ЦКПХ відповідної адміністративно-територіальної одиниці.

11. Розділ II Форми № 058-2/о заповнює працівник ЦКПХ, який отримав повідомлення, не пізніше 48 годин після його отримання.

12. У розділі II Форми № 058-2/о:

1) у пунктах 1 та 2 працівник ЦКПХ вказує дату та час отримання повідомлення, а також посаду, прізвище, власне ім'я та проставляє свій підпис;

2) у пункті 3 вказується, чи достатньо наданих даних для епідеміологічного нагляду, позначається, чи дані повні, чи неповні і потребують уточнення. У разі неповноти даних, позначається, що саме потребує уточнення: дані про пацієнта, обставини контакту, дані про тварину, категорія експозиції, надання домедичної допомоги, інше. У полі «інше» описується в довільній формі інформація, якої не вистачає;

3) у пункті 4 зазначається додаткова інформація про тварину, що спричинила контакт / ушкодження. Зокрема, у підпункті 4.1 цього пункту позначається поведінка тварини на момент нападу: звичайна, агресивна, нетипова, невідома. У підпункті 4.2 цього пункту вказуються відомості про власника тварини або місце перебування тварини (для домашніх тварин). У підпункті 4.3 цього пункту позначається статус вакцинації тварини від сказу, а в підпункті 4.4 цього пункту – вказується інформація про подальше поводження з твариною;

4) у пункті 5 позначається, чи повідомлено територіальний орган Держпродспоживслужби. Якщо так, то в підпункті 5.1 цього пункту деталізується інформація про дату (число, місяць рік) та час (години і хвилини);

5) у пункті 6 вказується, чи є інші постраждалі внаслідок цього випадку контакту / ушкодження, проставляється «так» або «ні». Якщо проставляється «так», у підпункті 6.1 цього пункту деталізується інформація про інших постраждалих із зазначенням прізвища, власного імені, по батькові (за наявності), контактного телефону кожного постраждалого, а також, чи було звернення за медичною допомогою. Якщо особа зверталась за медичною допомогою вказується дата екстреного повідомлення ЗОЗ чи ФОП, до якого звернулась особа за медичною допомогою, поданого до ЦКПХ;

6) у пункті 7 вказується про наявність підстав для міжтериторіального інформування. У підпункті 7.1 цього пункту деталізується у разі, якщо експозиція відбулася в іншій адміністративно-територіальній одиниці, направлення інформації до відповідного ЦКПХ за місцем виникнення події зазначається, здійснено чи не здійснено. Якщо інформування здійснено, то деталізуються дані щодо дати направлення інформації та ЦКПХ, до якого направлено інформацію.

13. Розділ III Форми № 058-2/о заповнюють лікарі ЗОЗ або ФОП, які отримали ліцензію на провадження господарської діяльності з медичної практики, надають спеціалізовану медичну допомогу та проводять ПКП сказу.

14. У розділі III Форми № 058-2/о:

1) у верхньому лівому куті вказується найменування міністерства, іншого центрального органу виконавчої влади, органу місцевого самоврядування, у сфері управління якого перебуває ЗОЗ (за наявності), найменування, місцезнаходження (повна поштова адреса) ЗОЗ чи ФОП та ідентифікаційний код з Єдиного державного реєстру підприємств та організацій України (ЄДРПОУ) ЗОЗ чи ФОП;

2) у пункті 1 зазначаються прізвище, власне ім'я, по батькові (за наявності) пацієнта, який звернувся за медичною допомогою, а також його контактний телефон;

3) у пункті 2 зазначається дата народження пацієнта;

4) пункті 3 зазначається характер звернення та позначається первинне звернення чи перенаправлений з іншого ЗОЗ чи ФОП (вказується якого);

5) у пункті 4 вказується інформація про дату (число, місяць рік) та час (години і хвилини) первинного звернення за медичною допомогою;

6) у пункті 5 вказується, чи було надано медичну допомогу при первинному зверненні за медичною допомогою;

7) у пункті 6 вказується, чи проводилась первинна обробка рани і зазначається характер обробки;

8) у пункті 7 зазначається хірургічна тактика ведення рани: не потребує хірургічного втручання, первинна хірургічна обробка рани, накладання швів, дренування рани, направлення/переведення до іншого ЗОЗ для спеціалізованої допомоги, інше. У полі «інше» деталізується, що саме;

9) у пункті 8 розділу вказується інформація про направлення на отримання спеціалізованої медичної допомоги у разі, якщо у пункті 3 цього розділу було зазначено про перенаправлення з іншого ЗОЗ чи ФОП для спеціалізованої допомоги;

10) у пункті 9 вказується інформація про ПКП, а саме у підпунктах 9.1 та 9.2 цього пункту деталізується, чи було призначено антирабічну вакцину або антирабічний імуноглобулін;

11) у разі призначення ПКП у пункті 10 вказується, чи було направлення для проведення постконтактної профілактики до іншого ЗОЗ, якщо так, то зазначається його номер;

12) після пункту 10 вказуються дані про лікаря, який надавав медичну допомогу, зокрема, зазначається прізвище, власне ім'я, телефон та проставляється його підпис;

13) у пункті 11 вказується інформація про введення антирабічних препаратів. У підпунктах 11.1 та 11.2 деталізується інформація щодо схеми ПКП або про введення антирабічного імуноглобуліну;

	14) пункт 12 містить інформацію щодо проведення ПКП, де вказуються: доза лікарського засобу, торговельна назва лікарського засобу (вакцина, імуноглобулін), найменування виробника, дата введення лікарського засобу, серія, номер, спосіб введення, місце введення, прізвище та власне ім'я медичного працівника, який ввів лікарський засіб. Дані щодо проведення ПКП вносяться до ЕСОЗ; 15) у пункт 13 вносяться відомості щодо курсу КПК, проставляється інформація щодо його проведення, а саме: повністю завершений, перерваний, особа вибула з-під нагляду, помер(ла). Якщо курс було перервано, заповнюється підпункт 13.1 цього пункту, де вказується причина: відмінено, тварина виявилась клінічно здоровою, відмова від подальшої вакцинації, порушення графіка / неявка на чергове введення, медичні протипоказання / небажана реакція, інше. Поле «інше» додатково заповнюється в довільній формі; 16) у пункті 14 зазначаються прізвище та власне ім'я лікаря та проставляється його підпис. 15. Строк зберігання Форми № 058-2/о в ЗОЗ, ФОП, які її заповнили, та в ЦКПХ – 1 рік.																
Форма первинної облікової документації № 058/о «Екстрене повідомлення про інфекційну хворобу, харчове отруєння»																	
... 15. Хвороба, яка підлягає сповіщенню, обране ВІДМІТЬТЕ нижче: <table><tr><td>Ботулізм</td><td></td><td>☐ Лейшманіоз</td><td>☐</td></tr><tr><td>Бруцельоз</td><td></td><td>☐ Лептоспіроз</td><td>☐</td></tr></table>	Ботулізм		☐ Лейшманіоз	☐	Бруцельоз		☐ Лептоспіроз	☐	... 15. Хвороба, яка підлягає сповіщенню, обране ВІДМІТЬТЕ нижче: <table><tr><td>Ботулізм</td><td></td><td>☐ Лейшманіоз</td><td>☐</td></tr><tr><td>Бруцельоз</td><td></td><td>☐ Лептоспіроз</td><td>☐</td></tr></table>	Ботулізм		☐ Лейшманіоз	☐	Бруцельоз		☐ Лептоспіроз	☐
Ботулізм		☐ Лейшманіоз	☐														
Бруцельоз		☐ Лептоспіроз	☐														
Ботулізм		☐ Лейшманіоз	☐														
Бруцельоз		☐ Лептоспіроз	☐														

Вірусна хвороба Чикунгунья		☐ Лістеріоз		☐	Вірусна хвороба Чикунгунья		☐ Лістеріоз		☐
Вірусні геморагічні гарячки невстановленої етіології		☐ Лямбліоз		☐	Вірусні геморагічні гарячки невстановленої етіології		☐ Лямбліоз		☐
Віспа (натуральна)		☐ Малярія		☐	Віспа (натуральна)		☐ Малярія		☐
Гарячка денге		☐ Менінгококова інфекція		☐	Гарячка денге		☐ Менінгококова інфекція		☐
Гарячка Західного Нілу		☐ Моноцитарний ерліхіоз людини		☐	Гарячка Західного Нілу		☐ Моноцитарний ерліхіоз людини		☐
Гострий гепатит А		☐ Пневмококові інфекції (зокрема Пневмонія стрептококова, групи В)		☐	Гострий гепатит А		☐ Пневмококові інфекції (зокрема Пневмонія стрептококова, групи В)		☐
Гострий та хронічний гепатит В		☐ Правець		☐	Гострий та хронічний гепатит В		☐ Правець		☐
Гострий поліомієліт		☐ Сальмонельоз		☐	Гострий поліомієліт		☐ Сальмонельоз		☐
Гострий та хронічний гепатит С, Е, D		☐ Сибірка		☐	Гострий та хронічний гепатит С, Е, D		☐ Сибірка		☐
Гранулоцитарний анаплазмоз людини		☐ Синдром вродженої краснухи		☐	Гранулоцитарний анаплазмоз людини		☐ Синдром вродженої краснухи		☐
Грип, спричинений ідентифікованим вірусом грипу, включно з грипом А (H1N1) та А (H5N1)		☐ Єжаз		☒	Грип, спричинений ідентифікованим вірусом грипу, включно з грипом А (H1N1) та А (H5N1)		☐		
Дифтерія		☐ Трихінельоз		☐	Дифтерія		☐ Трихінельоз		☐
Ентерит, спричинений Yersinia enterocolitica		☐ Туберкульоз		☐	Ентерит, спричинений Yersinia enterocolitica		☐ Туберкульоз		☐

Ентерогеморагічна Escherichia coli інфекція	☎	☐	Туляремія	☎	☐	Ентерогеморагічна Escherichia coli інфекція	☎	☐	Туляремія	☎	☐
Епідемічний паротит		☐	Тяжкий гострий респіраторний синдром (ТГРС)		☐	Епідемічний паротит		☐	Тяжкий гострий респіраторний синдром (ТГРС)		☐
Жовта гарячка	☎	☐	Хантавірусна інфекція		☐	Жовта гарячка	☎	☐	Хантавірусна інфекція		☐
Інфекція, спричинена Haemophilus influenzae	☎	☐	Хвороба Кройцфельда-Якоба		☐	Інфекція, спричинена Haemophilus influenzae	☎	☐	Хвороба Кройцфельда-Якоба		☐
Кампілобактеріальний ентерит		☐	Хвороба Лайма		☐	Кампілобактеріальний ентерит		☐	Хвороба Лайма		☐
Кашлюк		☐	Хвороба легіонерів	☎	☐	Кашлюк		☐	Хвороба легіонерів	☎	☐
Кір	☎	☐	Хвороба, зумовлена вірусом імунодефіциту людини (ВІЛ)		☐	Кір	☎	☐	Хвороба, зумовлена вірусом імунодефіциту людини (ВІЛ)		☐
Кліщовий енцефаліт		☐	Хвороба, яку спричинює вірус Зіка		☐	Кліщовий енцефаліт		☐	Хвороба, яку спричинює вірус Зіка		☐
Коронавірусна хвороба (COVID-19)		☐	Холера	☎	☐	Коронавірусна хвороба (COVID-19)		☐	Холера	☎	☐
Краснуха	☎	☐	Черевний тиф та паратиф	☎	☐	Краснуха	☎	☐	Черевний тиф та паратиф	☎	☐
Крим-Конго геморагічна гарячка	☎	☐	Чума	☎	☐	Крим-Конго геморагічна гарячка	☎	☐	Чума	☎	☐
Криптоспоридіоз		☐	Шигельоз		☐	Криптоспоридіоз		☐	Шигельоз		☐
Ку-гарячка	☎	☐	Інше		☐	Ку-гарячка	☎	☐	Інше		☐

Інструкція щодо заповнення форми первинної облікової документації № 058/о «Екстрене повідомлення про інфекційну хворобу, харчове отруєння»	
ІНСТРУКЦІЯ щодо заповнення форми первинної облікової документації № 058/о «Екстрене повідомлення про інфекційну хворобу, харчове отруєння» 3. На кожний випадок підозри на наявність випадку інфекційної хвороби відповідно до Переліку інфекційних хвороб, що підлягають реєстрації, затвердженому наказом Міністерства охорони здоров'я України від 30 липня 2020 року № 1726, зареєстрованому у Міністерстві юстиції України 30 грудня 2020 року за № 1333/35616, укусу, подряпання, ослинення тваринами, крім грипу та гострих інфекцій верхніх дихальних шляхів, заповнюється форма № 058/о, яка протягом 18 годин надсилається до центру контролю та профілактики хвороб МОЗ (далі - ЦКПХ) відповідної адміністративно-територіальної одиниці за місцем реєстрації хвороби.	ІНСТРУКЦІЯ щодо заповнення форми первинної облікової документації № 058/о «Екстрене повідомлення про інфекційну хворобу, харчове отруєння» 3. На кожний випадок підозри на наявність випадку інфекційної хвороби відповідно до Переліку інфекційних хвороб, що підлягають реєстрації, затвердженому наказом Міністерства охорони здоров'я України від 30 липня 2020 року № 1726, зареєстрованому у Міністерстві юстиції України 30 грудня 2020 року за № 1333/35616, крім сказу, грипу та гострих інфекцій верхніх дихальних шляхів, заповнюється форма № 058/о, яка протягом 18 годин надсилається до центру контролю та профілактики хвороб МОЗ (далі – ЦКПХ) відповідної адміністративно-територіальної одиниці за місцем реєстрації хвороби
наказ Міністерства охорони здоров'я України від 28 липня 2014 року № 527 «Про затвердження форм первинної облікової документації та інструкцій щодо їх заповнення, що використовуються у закладах охорони здоров'я, які надають амбулаторно-поліклінічну допомогу населенню, незалежно від підпорядкування та форми власності», зареєстрований в Міністерстві юстиції України 13 серпня 2014 року за № 959/25736	
1. Затвердити такі, що додаються: ... 4) форму первинної облікової документації № 045/о «Карта звернення за антирабічною допомогою» та Інструкцію щодо її заповнення;	1. Затвердити такі, що додаються: ... Виключено

Директор Департаменту медичних послуг

Валерія СОРУЧАН

«___»_____ 2026 р.