

Додаток 1
до Порядку забезпечення належних умов зберігання, транспортування, приймання та обліку вакцин, анатоксинів та алергену туберкульозного в Україні.
(пункт 3 розділу II)

Журнал					
реєстрації температурного режиму холодильного обладнання для імунобіологічних препаратів					

(назва закладу охорони здоров'я)					
Марка _____					
Інвентарний № _____					
Почато " __ " _____ 20__ р.					
Закінчено " __ " _____ 20__ р.					
№ з / п	Дата проведення виміру температури	Час проведення виміру температури	Показник температури в градусах °С	П.І.Б. та посада особи, яка проводила вимір	Підпис особи, яка проводила вимір

до Порядку забезпечення належних умов зберігання, транспортування, приймання та обліку вакцин, анатоксинів та алергену туберкульозного в Україні.
(пункт 4 розділу IV)

Форма

„Акту приймання-передавання медичних імунобіологічних препаратів”

Торговельна назва медичного імунобіологічного препарату _____

Номер серії _____

Термін придатності _____

Найменування та місцезнаходження виробника _____

Найменування та місцезнаходження постачальника _____

Найменування та місцезнаходження перевізника _____

Кількість товару за документами (у дозах) _____

Кількість товару, отримана фактично (у дозах) _____

Цілісність упаковки (порушена/непорушена)

(Якщо виявлено порушення упаковки, указати кількість порушених упаковок)

Кількість реєструючих приладів _____

Серійні номери реєструючих приладів

Мінімальна зафіксована температура під час транспортування, °C _____

Максимальна зафіксована температура під час транспортування, °C _____

(вказати дані отримані з реєструючих приладів) _____

Стан Флаконного Термоіндикатора (ФТІ) _____

Висновок _____

Дата/час складання акта _____

Представник одержувача

П.І.Б., посада

Представник постачальника/перевізника

П.І.Б., посада

Підписи/печатки сторін:

до Порядку забезпечення належних умов зберігання, транспортування, приймання та обліку вакцин, анатоксинів та алергену туберкульозного в Україні.
(пункт 2 розділу VI)

Журнал

обліку медичних імунобіологічних препаратів

(назва закладу охорони здоров'я)

Торговельна назва медичного імунобіологічного препарату / розчинника (за наявності)

Міжнародна непатентована назва медичного імунобіологічного препарату

Найменування виробника _____

Форма випуску _____

Дозування _____

Номер серії препарату та розчинника (за наявності)

№ _____ № _____

Дата отримання / передачі / використання / повернення / перерозподілу / утилізації медичного імунобіологічного препарату (потрібне підкреслити)

“ ____ “ _____ 20__ р.

№ з / п	Кількість отриманих доз препарату	Кількість отриманих доз розчинника	Кількість використаних доз препарату (за місяць)	Кількість використаних доз розчинника (за місяць)	Підпис відповідальної особи