

ЗАТВЕРДЖЕНО
Наказ Міністерства охорони
здоров'я України
10 січня 2006 року № 1
(у редакції наказу Міністерства
охорони здоров'я України
від 15 вересня 2023 року
№ 1642)

Найменування міністерства, іншого центрального органу виконавчої влади, органу місцевого самоврядування, у сфері управління якого перебуває заклад _____	<p style="text-align: center;">МЕДИЧНА ДОКУМЕНТАЦІЯ</p> <p style="text-align: center;">Форма первинної облікової документації № 058/о ЗАТВЕРДЖЕНО</p> <p style="text-align: center;">Наказ МОЗ України</p> <table border="1" style="margin-left: auto; margin-right: auto;"><tr><td>1</td><td>0</td><td>0</td><td>1</td><td>2</td><td>0</td><td>0</td><td>6</td><td>№</td><td>1</td></tr></table>	1	0	0	1	2	0	0	6	№	1
1		0	0	1	2	0	0	6	№	1	
Найменування та місцезнаходження (повна поштова адреса) закладу, відповідальні особи якого заповнили екстрене повідомлення _____											
(поштовий індекс, область / Автономна Республіка Крим, район, населений пункт, вулиця/провулок, площа тощо, № будинку/корпусу, № квартири/офісу)											
Зазначається код за ЄДРПОУ платника податку або реєстраційний (обліковий) номер платника податків, який присвоюється контролюючими органами, або реєстраційний номер облікової картки платника податків - фізичної особи. Серію (за наявності) та номер паспорта зазначають фізичні особи, які через свої релігійні переконання відмовляються від прийняття реєстраційного номера облікової картки платника податків та офіційно повідомили про це відповідний контролюючий орган і мають відмітку у паспорті.											

**Екстрене повідомлення
про інфекційну хворобу, харчове отруєння**

« _____ » _____ 20 ____ року.
(дата заповнення повідомлення)

1. Повідомлення направлено до (найменування закладу охорони здоров'я)

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

3. Дата народження _____ / _____ / _____ 4. Стать: чоловіча
(число/ місяць/ рік) жіноча

5. Місце проживання:

область _____ район _____

населений пункт _____ вулиця _____

№ будинку _____ № квартири _____

6. Телефон: _____

7. Місце роботи (посада), навчання, дитячого закладу та їх адреса:

8. Діагноз (відповідно до Міжнародної статистичної класифікації хвороб та споріднених проблем охорони здоров'я)

9. Дата початку хвороби ____ / ____ / ____ Дата первинного звернення ____ / ____ / ____
(число/ місяць/ рік) (число/ місяць/ рік)

Дата останнього відвідування закладу/роботи ____ / ____ / ____ Дата смерті ____ / ____ / ____
(число/ місяць/ рік) (число/ місяць/ рік)

10. Чи був пацієнт госпіталізований? Ні Так Дата ____ / ____ / ____
(число/ місяць/ рік)

Місце госпіталізації:

11. Підстави для діагнозу: Клінічні Лабораторні Дата ____ / ____ / ____
(число/ місяць/ рік)

Метод:

Результат:

12. Основні симптоми хвороби:

13. Контакт з інфекційним хворим? Ні Так Дата ____ / ____ / ____
(число/ місяць/ рік)

14. Дата повідомлення: ____ / ____ / ____ Час: ____ ____
(число/ місяць/ рік) (год. хв.)

Прізвище, власне ім'я, по батькові (за наявності) телефон:
особи, яка повідомила:













Прізвище, власне ім'я, по батькові (за наявності)
особи, яка отримала повідомлення:

Прізвище, власне ім'я, по батькові (за наявності) Підпис:
особи, яка заповнила повідомлення:


Реєстраційний номер за формою первинної облікової документації № 060/о «Журнал обліку інфекційних захворювань», затвердженої наказом Міністерства охорони здоров'я України від 10 січня 2006 року № 1, зареєстрованим в Міністерстві юстиції України 08 червня 2006 року за № 686/12560 (у редакції наказу Міністерства охорони здоров'я України від 15 вересня 2023 року № 1642), закладу, який повідомив _____, закладу, який отримав повідомлення _____

Підпис особи, яка отримала повідомлення _____

15. Хвороба, яка підлягає сповіщенню, обране **ВІДМІТЬТЕ** нижче:

Ботулізм		<input type="checkbox"/>	Лейшманіоз	<input type="checkbox"/>
Бруцельоз		<input type="checkbox"/>	Лептоспіроз	<input type="checkbox"/>
Вірусна хвороба Чикунгунья		<input type="checkbox"/>	Лістеріоз	 <input type="checkbox"/>
Вірусні геморагічні гарячки невідомої етіології		<input type="checkbox"/>	Лямбліоз	<input type="checkbox"/>
Віспа (натуральна)		<input type="checkbox"/>	Малярія	<input type="checkbox"/>
Гарячка денге		<input type="checkbox"/>	Менінгококова інфекція	 <input type="checkbox"/>
Гарячка Західного Нілу		<input type="checkbox"/>	Моноцитарний ерліхіоз людини	<input type="checkbox"/>
Гострий гепатит А		<input type="checkbox"/>	Пневмококові інфекції (зокрема Пневмонія стрептококова, групи В)	<input type="checkbox"/>
Гострий та хронічний гепатит В		<input type="checkbox"/>	Правець	 <input type="checkbox"/>
Гострий поліомієліт		<input type="checkbox"/>	Сальмонельоз	<input type="checkbox"/>
Гострий та хронічний гепатит С, Е, D		<input type="checkbox"/>	Сибірка	 <input type="checkbox"/>

Гранулоцитарний анаплазмоз людини	<input type="checkbox"/>	Синдром вродженої краснухи	<input type="checkbox"/>
Грип, спричинений ідентифікованим вірусом грипу, включно з грипом А (H1N1) та А (H5N1)	<input checked="" type="checkbox"/>	Сказ	<input type="checkbox"/>
Дифтерія	<input checked="" type="checkbox"/>	Трихінельоз	<input type="checkbox"/>
Ентерит, спричинений <i>Yersinia enterocolitica</i>	<input type="checkbox"/>	Туберкульоз	<input type="checkbox"/>
Ентерогеморагічна <i>Escherichia coli</i> інфекція	<input checked="" type="checkbox"/>	Туляремія	<input checked="" type="checkbox"/>
Епідемічний паротит	<input type="checkbox"/>	Тяжкий гострий респіраторний синдром (ТГРС)	<input type="checkbox"/>
Жовта гарячка	<input checked="" type="checkbox"/>	Хантавірусна інфекція	<input type="checkbox"/>
Інфекція, спричинена <i>Haemophilus influenzae</i>	<input checked="" type="checkbox"/>	Хвороба Кройцфельда-Якоба	<input type="checkbox"/>
Кампілобактеріальний ентерит	<input type="checkbox"/>	Хвороба Лайма	<input type="checkbox"/>
Кашлюк	<input type="checkbox"/>	Хвороба легіонерів	<input checked="" type="checkbox"/>
Кір	<input checked="" type="checkbox"/>	Хвороба, зумовлена вірусом імунодефіциту людини (ВІЛ)	<input type="checkbox"/>
Кліщовий енцефаліт	<input type="checkbox"/>	Хвороба, яку спричинює вірус Зіка	<input type="checkbox"/>
Коронавірусна хвороба (COVID-19)	<input type="checkbox"/>	Холера	<input checked="" type="checkbox"/>
Краснуха	<input checked="" type="checkbox"/>	Черевний тиф та паратиф	<input checked="" type="checkbox"/>
Крим-Конго геморагічна гарячка	<input checked="" type="checkbox"/>	Чума	<input checked="" type="checkbox"/>
Криптоспоридіоз	<input type="checkbox"/>	Шигельоз	<input type="checkbox"/>
Ку-гарячка	<input checked="" type="checkbox"/>	Інше	<input type="checkbox"/>

Примітка: інформація про виявлення підозри на хвороби позначені , обробляється відповідно до пункту 5 Інструкції щодо заповнення форми первинної облікової документації № 058/о «Екстрене повідомлення про інфекційну хворобу, харчове отруєння», затвердженої наказом Міністерства охорони здоров'я України від 10 січня 2006 року № 1, зареєстрованої в Міністерстві юстиції України 08 червня 2006 року за № 686/12560 (у редакції наказу Міністерства охорони здоров'я України від 15 вересня 2023 року № 1642).

16. Інші додаткові відомості: _____

**Директор Департаменту
громадського здоров'я**

Олексій ДАНИЛЕНКО