

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 \_\_\_\_\_

Найменування та місцезнаходження (повна поштова  
адреса) закладу, відповідальні особи якого заповнили  
журнал \_\_\_\_\_ обліку \_\_\_\_\_ інфекційних  
хвороб \_\_\_\_\_

(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.

**МЕДИЧНА ДОКУМЕНТАЦІЯ**

Форма первинної облікової документації  
№ 058-1/о  
**ЗАТВЕРДЖЕНО**

Наказ МОЗ України

1 | 5 | 0 | 9 | 2 | 0 | 2 | 3 | № | 1 | 6 | 4 | 2 |

**Лабораторне сповіщення**

**про виявлення лабораторних критеріїв інфекційної хвороби, 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 \_\_\_\_\_ / \_\_\_\_\_ / \_\_\_\_\_  
(число/ місяць/ рік)

4. Стать: чоловіча   
жіноча

5. Місце проживання

область

район

населений пункт

вулиця

№ будинку	№ квартири
6. Телефон, електронна адреса	
7. Місце роботи (посада), навчання, дитячого закладу та їхня адреса:	
8. Назва хвороби	
9. Заклад/лікар, що направив біоматеріал	
10. Вид біоматеріалу	11. Реєстраційний номер
12. Дата початку хвороби ____ / ____ / ____ (число/ місяць/ рік)	Дата взяття біоматеріалу ____ / ____ / ____ (число/ місяць/ рік)
Дата отримання біоматеріалу ____ / ____ / ____ (число/ місяць/ рік)	Час отримання ____ / ____ (год./хв.)
13. Примітка щодо якості матеріалу	

14. Результат аналізу № \_\_\_\_\_

Показник	Результат	Референтний інтервал	Метод

Результат надано:	Дата	Прізвище, власне ім'я, по батькові (за наявності) виконавця	Підпис виконавця
	_____	_____	_____
Результат валідовано:	Дата	Прізвище, власне ім'я, по батькові(за наявності) виконавця	Підпис виконавця
	_____	_____	_____

15. Контактний телефон особи, яка заповнила форму

16. Підпис особи, яка отримала повідомлення

**Директор Департаменту  
громадського здоров'я**

**Олексій ДАНИЛЕНКО**