

ЗАТВЕРДЖЕНО

Наказ Міністерства охорони
здоров'я України
11 листопада 2021 року № 2506

Зареєстровано в Міністерстві
юстиції України
23 листопада 2021 року за
№ 1527/37149

ЗМІНИ

**до Положення про організацію і проведення профілактичних
щеплень, Порядку забезпечення належних умов зберігання,
транспортування, приймання та обліку вакцин, анатоксинів та
алергену туберкульозного в Україні**

1. У Положенні про організацію і проведення профілактичних щеплень, затвердженому наказом Міністерства охорони здоров'я України від 16 вересня 2011 року № 595, зареєстрованому в Міністерстві юстиції України 10 жовтня 2011 року за № 1160/19898 (у редакції наказу Міністерства охорони здоров'я України від 11 серпня 2014 року № 551):

1) в абзаці другому пункту 4 слова «фельдшер, молодший спеціаліст з медичною освітою» замінити словами та цифрами «фаховий молодший бакалавр, молодший бакалавр, бакалавр за спеціальністю 223 «Медсестринство» галузі знань 22 «Охорона здоров'я»;

2) в абзаці першому пункту 7 слова «фельдшер, молодший спеціаліст з медичною освітою» замінити словами та цифрами «фаховий молодший бакалавр, молодший бакалавр, бакалавр за спеціальністю 223 «Медсестринство» галузі знань 22 «Охорона здоров'я»;

3) у пункті 8 абзац перший після слова «обов'язковим» доповнити словами та цифрами «та проводиться медичними працівниками, визначеними у пункті 4 цього Положення після заповнення форми, наведеної у Додатку до цього Положення»;

4) у пункті 9 слово «лікаря» замінити словами та цифрами «медичного працівника, визначеного у пункті 4 цього Положення»;

5) доповнити це Положення додатком такого змісту:

«Додаток
до Положення про організацію і
проведення профілактичних
щеплень
(пункт 8)

Інформація про дитину

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

Дата народження _____

Місце проживання _____

Заклад охорони здоров'я, з лікарем загальної практики – сімейним лікарем якого укладено декларацію про вибір лікаря, який надає первинну медичну допомогу (за наявності) _____

Інформація про батьків, усиновлювачів або опікунів

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

Номер телефону _____

№	Інформація про дитину	Так	Ні
I	II	III	IV
1.	Дитина потребує вакцинації за віком у відповідності до Календаря щеплень	☐	☐
2.	Чи хворіє дитина в даний час гострим перебігом будь-якого захворювання?	☐	☐
3.	Чи є у дитини підвищення температури тіла понад 38°C?	☐	☐
4.	Чи наявна у дитини алергія на лікарські препарати, їжу, будь-який компонент вакцини?	☐	☐
5.	Чи відзначалася у дитини алергічна реакція на введення вакцини в минулому?	☐	☐
6.	Чи наявні у дитини хронічні захворювання легенів, серця, нирок, метаболічні захворювання (наприклад, цукровий діабет, бронхіальна астма, захворювання крові, кохлеарний імплантат, відсутність селезінки, спостерігається недостатність компонентів системи комплементу, лікворорея та ін.)	☐	☐
7.	Чи приймає дитина тривалий час аспірин (ацетилсаліцилову кислоту)?	☐	☐
8.	Чи у дитини є схильність до кровотеч/утворення гематом?	☐	☐

9.	Якщо дитині від 2 до 4 років необхідно зробити щеплення, чи повідомляв Вам лікар загальної практики – сімейний лікар/лікар-педіатр протягом останніх 12 місяців про те, що у Вашої дитини спостерігається дихання зі свистом або астма?	☐	☐
10.	Якщо дитина віком до 3 років, чи наявні відомості про випадки кишкової непрохідності?	☐	☐
11.	Чи були у дитини діагностовані злоякісні новоутворення, лейкемія, ВІЛ-інфекція або інші захворювання імунної системи?	☐	☐
I	II	III	IV
12.	Чи має хтось із членів сім'ї та родичів діагностовані захворювання імунної системи/стан імуносупресії?	☐	☐
13.	Чи приймала дитина протягом останніх 3 місяців будь-які імуносупресивні препарати, такі як преднізолон, інші стероїдні або протипухлинні препарати; препарати для лікування ревматоїдного артрити, хвороби Крона або псоріазу; проходила курс променевої терапії?	☐	☐
14.	Протягом останнього року дитині вводили препарати крові/імуноглобулін (гамма-глобулін)?	☐	☐
15.	Вагітність на дату опитування	☐	☐
16.	Чи дитині робили щеплення протягом останніх 4 тижнів?	☐	☐
17.	Якщо наявна одна або більше позначок в клітинках, що зафарбовані – вакцинація не проводиться. Дитину має додатково проконсультувати лікар загальної практики – сімейний лікар.	☐	☐

Найменування посади особи,
яка проводила опитування

підпис

Власне ім'я та прізвище особи,
яка проводила опитування

Дата опитування _____

».

2. У Порядку забезпечення належних умов зберігання, транспортування, приймання та обліку вакцин, анатоксинів та алергену туберкульозного в Україні, затверджені наказом Міністерства охорони здоров'я України від 16 вересня 2011 року № 595, зареєстрованому в Міністерстві юстиції України 10 жовтня 2011 року за № 1166/19904:

- 1) в абзаці другому пункту 4 розділу II слово «побутові» виключити;
- 2) пункт 4 розділу III викласти в такій редакції:
«4. Холодильники використовують для зберігання медичних імунобіологічних препаратів.».

**Генеральний директор
Директорату громадського здоров'я та
профілактики захворюваності**

Ірина РУДЕНКО