

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

**Інформація про дитину**

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

Дата народження \_\_\_\_\_

Адреса проживання \_\_\_\_\_

Заклад охорони здоров'я з лікарем загальної практики - сімейним лікарем якого заключена декларація 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 \_\_\_\_\_

|  |   | Так                      | Ні                       |
|--|---|--------------------------|--------------------------|
|  | Дитина потребує вакцинації за віком у відповідності до Календаря щеплень  | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
|  | Чи хворіє дитина в даний час гострим перебігом будь-якого захворювання?   | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
|  | Чи є у дитини підвищення температури тіла понад 38°C?   | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
|  | Чи наявна у дитини алергія на лікарські препарати, їжу, будь-який компонент вакцини?  | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
|  | Чи відзначалася у дитини алергічна реакція на введення вакцини в минулому?  | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
|  | 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.) | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
|  | Чи приймає дитина тривалий час аспірин (ацетилсаліцилову кислоту)?  | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
|  | Чи у дитини є схильність до кровотеч/утворення гематом?   | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
|  | 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?   | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |

|   |                          |                          |
|---|--------------------------|--------------------------|
| Якщо дитина віком до 3 років, чи наявні відомості про випадки кишкової непрохідності?   | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| Чи були у дитини діагностовані злоякісні новоутворення, лейкемія, ВІЛ-інфекція або інші захворювання імунної системи?   | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| Чи має хтось із членів сім'ї та родичів діагностовані захворювання імунної системи/стан імуносупресії?  | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| Чи приймала дитина протягом останніх 3 місяців будь-які імуносупресивні препарати, такі як преднізолон, інші стероїдні або протипухлинні препарати; препарати для лікування ревматоїдного артриту, хвороби Крона або псоріазу; проходила курс променевої терапії? | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| Протягом останнього року дитині вводили препарати крові/імуноглобулін (гамма-глобулін)?   | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| Вагітність на момент опитування   | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| Чи дитині робили щеплення протягом останніх 4 тижнів?   | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| Якщо наявна одна або більше позначок в клітинках, що зафарбовані - вакцинація не проводиться. Дитину має додатково проконсультувати лікар загальної практики – сімейний лікар.  |                          |                          |

Посада особи,  
яка проводила опитування

підпис

Прізвище ініціали особи,  
яка проводила опитування

Дата опитування