|  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- |
|  | |  | ЗАТВЕРДЖЕНО  Наказ МОЗ України  10.01.2006 №1 |
| Назва 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 повідомлення\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_  \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ | |  | **МЕДИЧНА ДОКУМЕНТАЦІЯ**  Форма первинної облікової документації  № 058/о  **ЗАТВЕРДЖЕНО**  Наказ МОЗ України   |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  | | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | | 1 | 0 | 0 | 1 | 2 | 0 | 0 | 6 | № | 1 |  |  | |
| Ідентифікаційний код  ЄДРПОУ | |  |  |  |  |  |  |  |  | | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | |  |  |  |  |  |  |  |  | |
| **ЕКСТРЕНЕ ПОВІДОМЛЕННЯ**  **про інфекційне захворювання, харчове, гостре**  **професійне отруєння, незвичайну реакцію на щеплення**  „ \_\_\_\_\_\_ „ \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ 20 \_\_\_\_ року.  (дата заповнення повідомлення)  Повідомлення направлено до \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_  (найменування закладу охорони здоров’я)  \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_  1. Прізвище, ім’я, по батькові хворого \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_  \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_   |  |  |  |  |  |  |  |  |  | | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | | 2. Дата народження |  |  |  |  |  |  | 3. Стать: чоловіча – 1, жіноча – 2 |  |   (число, місяць, рік)  4. Місце проживання хворого (повна поштова адреса): країна \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_,  область \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_, район \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_,  населений пункт \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_,  вулиця \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_, будинок № \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_, кв. № \_\_\_\_\_\_\_\_   |  |  | | --- | --- | | 5. Мешкає у: місті – 1, селі – 2 |  |   6. Телефон \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_  7. Місце роботи, навчання, дитячого закладу та їх адреса \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_  \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_   |  |  |  |  |  |  |  |  | | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | | 8. Діагноз |  | шифр за МКХ-10 |  |  |  |  |  |   (вписати)  \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_  9. Дати:   |  |  |  |  |  |  |  | | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | | захворювання |  |  |  |  |  |  |   (число, місяць, рік)   |  |  |  |  |  |  |  | | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | | первинного звернення |  |  |  |  |  |  |   (число, місяць, рік)   |  |  |  |  |  |  |  | | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | | встановлення діагнозу |  |  |  |  |  |  |   (число, місяць, рік)   |  | | --- | | подальшого відвідування дошкільного або загальноосвітнього навчального закладу |  |  |  |  |  |  |  |  | | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | |  |  |  |  |  |  |  |   (число, місяць, рік)   |  |  |  |  |  |  |  | | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | | госпіталізації |  |  |  |  |  |  |   (число, місяць, рік)  10. Місце госпіталізації \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_  (найменування лікувального закладу)  11. Діагноз підтверджено: лабораторним дослідженням – 1, клінічно – 2,   |  |  |  |  | | --- | --- | --- | --- | | інші – 3 (вписати) |  |  |  | | | | |

|  |
| --- |
|  |
| Продовження ф. № 058/о |
| 12. Якщо отруєння – вказати, де воно виникло, чим отруївся постраждалий \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_  \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_  13. Проведені первинні протиепідемічні заходи та додаткові відомості \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_  \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_  14. Дата і час первинного повідомлення (за телефоном тощо) територіальній санітарно-епідеміологічній станції \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_    Прізвище особи: яка повідомила \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_    отримала повідомлення \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_  15. Прізвище, ім’я, по батькові та номер  контактного телефону особи,  яка заповнила повідомлення \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_  (підпис)  Реєстраційний номер \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ у журналі ф.№ 060/о закладу охорони здоров’я  Реєстраційний номер \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ у журналі ф.№ 060/о санітарно-епідеміологічної станції  Підпис особи, яка одержала повідомлення \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ |

**Начальник Центру**

**медичної статистики**

**МОЗ України М.В. Голубчиков**

**ЗАТВЕРДЖЕНО**

Наказ МОЗ України

01.01.2006 № 1

**ІНСТРУКЦІЯ**

***щодо заповнення форми первинної облікової документації № 058/о „Екстрене повідомлення про інфекційне захворювання, харчове, гостре професійне отруєння, незвичайну реакцію на щеплення”***

Ця Інструкція визначає порядок заповнення форми первинної облікової документації № 058/о „Екстрене повідомлення про інфекційне захворювання, харчове, гостре професійне отруєння, незвичайну реакцію на щеплення” (далі – Екстрене повідомлення).

1. Екстрене повідомлення заповнюють відповідальні особи закладів та установ охорони здоров’я незалежно від форм власності та підпорядкування, суб’єкти підприємницької діяльності, що займаються медичною практикою, виховні, навчальні, оздоровчі та інші дитячі заклади і заклади системи соціального захисту (незалежно від місця і обставин виявлення).

2. На кожний випадок інфекційного захворювання (підозри), незвичайної реакції на щеплення, укусу, подряпання, ослюнення тваринами, іншого стану (бактеріоносійство), крім грипу та гострих інфекцій верхніх дихальних шляхів множинних або не уточнених локалізацій, заповнюється Екстрене повідомлення, яке протягом 12 годин надсилається до територіальної санітарно-епідеміологічної станції (далі – СЕС) за місцем реєстрації захворювання. Крім цього, в оперативному порядку інформація повідомляється в цю СЕС по телефону.

3. Екстрене повідомлення заповнюється лікарем або середнім медичним персоналом, який виявив чи запідозрив захворювання в:

3.1 лікувально-профілактичних закладах охорони здоров’я України, незалежно від умов, за яких було виявлено захворювання – при зверненні в поліклініку, відвідуванні хворого вдома, профілактичному огляді тощо;

3.2 лікарнях охорони здоров’я України за умови, коли діагноз інфекційного захворювання був установлений при наданні стаціонарної медичної допомоги хворому, а саме: коли він поступив без направлення поліклінічного закладу, діагноз інфекційного захворювання встановлено замість іншого захворювання, випадок внутрішньолікарняної інфекції тощо;

3.3 закладах судово-медичної експертизи;

3.4 закладах долікарського обслуговування (фельшерсько-акушерських пунктах, фельдшерських здоровпунктах).

4. У верхньому лівому куті форми вказується назва міністерства, іншого центрального органу виконавчої влади, органу місцевого самоврядування, у сфері управління якого перебуває заклад, відповідальні особи якого заповнили Екстрене повідомлення, його найменування, місцезнаходження (повна поштова адреса) та ідентифікаційний код Єдиного державного реєстру підприємств та організацій України (ЄДРПОУ).

5. Після заголовку в Екстреному повідомленні обов’язково має бути вказана дата його заповнення.

6. Далі зазначається найменування закладу, на адресу якого направляється Екстрене повідомлення – у відповідний заклад чи установу державної санітарно-епідеміологічної служби МОЗ України, інших центральних органів виконавчої влади.

7. У пункті 1 вказуються прізвище, ім’я, по батькові хворого.

8. У пункті 2 зазначаються в цифровій формі: число, місяць та рік народження.

9. У пункті 3 зазначається стать хворого: чоловіча – 1, жіноча – 2.

10. У пункті 4, 6 вказується місце проживання хворого (повна поштова адреса), номер телефону.

11. У пункті 5 зазначається – мешканцем міста або села є хворий.

12. У пункті 7 вказується місце роботи, навчання, дитячого закладу та їх адреса.

13. У пункті 8 вказуються діагноз та шифр відповідно до Міжнародної статистичної класифікації хвороб та споріднених проблем охорони здоров’я десятого перегляду (далі – МКХ – 10).

14. У пункті 9, 10 зазначаються дати захворювання, первинного звернення, встановлення діагнозу, подальшого відвідування дошкільного або загальноосвітнього навчального закладу, госпіталізації, місце госпіталізації.

15. У пункті 11 указується метод підтвердження діагнозу: клінічно чи лабораторно або вписуються назви інших досліджень.

16. У пункті 12 – якщо зареєстровано отруєння, то вказати, де воно виникло, чим отруївся постраждалий.

17. У пункті 13 указуються проведені первинні протиепідемічні заходи та додаткові відомості.

18. У пункті 14 – вказуються дата і час первинного Екстреного повідомлення (за телефоном тощо) територіальній СЕС, прізвище особи, яка повідомила та отримала повідомлення.

19. У пункті 15 вказуються прізвище, ім’я, по батькові та номер контактного телефону особи, яка заповнила повідомлення; зазначаються реєстраційні номери із журналу ф. № 060/о закладу охорони здоров’я та СЕС, а також підпис особи, яка одержала повідомлення.

20. Медичні працівники закладів долікарського обслуговування Екстрене повідомлення складають у двох примірниках: перший відправляється до територіальної СЕС, другий – до закладу охорони здоров’я (дільничної, районної, міської лікарні, амбулаторії, поліклініки тощо).

21. Медичний персонал, який обслуговує дитячі заклади, направляє Екстрене повідомлення до територіальної СЕС тільки за умови, якщо захворювання (підозра) вперше виявлено персоналом цих закладів під час огляду дітей чи інших обставинах. Відомості про інфекційні захворювання, що виявлені медичним персоналом закладів охорони здоров’я (лікарні, поліклініки) у дітей, які відвідують дитячі заклади, повідомляються (за телефоном та з відправкою Екстреного повідомлення) до територіальної СЕС персоналом цих закладів.

22. Медичні працівники, які обслуговують дитячі заклади оздоровлення/ відпочинку, Екстрене повідомлення направляють до СЕС, яка здійснює поточний санітарний нагляд, а також до територіальної СЕС за місцем тимчасової дислокації оздоровчого закладу.

23. Суб’єкти підприємницької діяльності, які займаються медичною практикою, направляють Екстрене повідомлення до територіальної СЕС району за місцем знаходження. Забезпечення бланками Екстрених повідомлень проводиться місцевими органами охорони здоров’я.

24. Медичні працівники станції швидкої медичної допомоги, які виявили чи запідозрили інфекційне захворювання, в випадках невідкладної госпіталізації, повідомляють до територіальної СЕС за телефоном про виявлення хворого і необхідності його госпіталізації, в інших випадках повідомляють в поліклініку (амбулаторію) за місцем проживання хворого, про необхідність направлення дільничного лікаря до нього. Екстрене повідомлення в цих випадках заповнюється в лікарні, куди хворий був госпіталізований або поліклінікою, лікар якої відвідав хворого вдома.

25. Медичні працівники закладів охорони здоров’я, які обслуговують працівників водного, залізничного та повітряного транспорту, заповнюють два примірники Екстреного повідомлення: один примірник надсилається до територіальної СЕС, другий – до СЕС (лікарні) за підпорядкованістю.

26. Заклади охорони здоров’я Міністерства оборони, Міністерства внутрішніх справ України, охорони державного кордону, Служби безпеки України та інших центральних органів виконавчої влади надсилають до територіальних санітарно-епідеміологічних станцій Міністерства охорони здоров’я Екстрене повідомлення тільки на вільнонайманих працівників та членів сімей працівників цих закладів.

27. Заклад охорони здоров’я, у якому було уточнено або змінено діагноз, зобов’язаний скласти нове Екстрене повідомлення і протягом 12 годин після встановлення діагнозу надіслати його до СЕС за місцем виявлення захворювання, із зазначенням зміненого (уточненого) діагнозу, дату його встановлення, первинного діагнозу та результатів лабораторних досліджень.

28. Екстрене повідомлення має бути заповнено чітко й розбірливо. Виправлення помилок підтверджується підписом особи, яка заповнила Екстрене повідомлення, із зазначенням дати внесення змін. Відповідальною за інформацію, що надана в Екстреному повідомленні, є особа, яка його заповнила.

29. Термін зберігання Екстрених повідомлень – 1 рік.

**Начальник Центру**

**медичної статистики**

**МОЗ України М.В. Голубчиков**