

**ЗАТВЕРДЖЕНО**  
**Наказ Міністерства охорони**  
**здоров'я України**  
**03.08.2012 № 612**

**Зареєстровано в Міністерстві**  
**юстиції України**  
**3 вересня 2012 р.**  
**за № 1489/21801**

## **ІНСТРУКЦІЯ**

**щодо заповнення форми первинної облікової документації № 501- 5/о**  
**«Поінформована згода на участь у програмі профілактики передачі ВІЛ**  
**від матері до дитини із застосуванням антиретровірусних препаратів»**

1. Ця Інструкція визначає порядок заповнення форми первинної облікової документації № 501-5/о «Поінформована згода на участь у програмі профілактики передачі ВІЛ від матері до дитини із застосуванням антиретровірусних препаратів» (далі – форма № 501-5/о).

2. Форма № 501-5/о заповнюється вагітною жінкою, якій під час обстеження на наявність ВІЛ-інфекції було визначено ВІЛ-позитивний статус, та вагітною, ВІЛ-позитивний статус якої був відомий до вагітності, з репродуктивними планами народжувати дитину (далі – ВІЛ-інфікована вагітна), яка дає згоду на участь у програмі профілактики передачі ВІЛ від матері до дитини із застосуванням антиретровірусних препаратів.

3. Форма № 501-5/о заповнюється в присутності лікаря закладу охорони здоров'я (далі – ЗОЗ) всіх форм власності, де призначається антиретровірусна профілактика.

Якщо ВІЛ-інфікована жінка не перебувала на обліку у ЗОЗ з приводу вагітності, то форма № 501-5/о заповнюється в присутності лікаря акушера-гінеколога пологового будинку (відділення), де був встановлений ВІЛ-позитивний статус роділлі.

4. Заповнення форми № 501-5/о здійснюється після проведення післятестового консультування на ВІЛ-інфекцію, під час якого були обговорені специфічні питання програми профілактики передачі ВІЛ від матері до дитини.

5. Форма № 501-5/о заповнюється у двох примірниках, що підписуються особисто ВІЛ-інфікованою вагітною, яка дає згоду на участь у програмі профілактики передачі ВІЛ від матері до дитини із застосуванням антиретровірусних препаратів.

Один примірник разом з оригіналом форми № 501-1/о «Повідомлення № 1 № \_\_\_ про ВІЛ-інфіковану вагітну» (далі – форма № 501-1/о) надсилається до ЗОЗ, що здійснює диспансерний нагляд за ВІЛ-інфікованими особами, за територіальним принципом на паперових носіях, з дотриманням умов конфіденційності відповідно до законодавства.

Другий примірник форми № 501-5/о залишається у ЗОЗ, де здійснюється нагляд за вагітними, разом з копією форми № 501-1/о. Строк зберігання форми № 501-5/о відповідає строкам зберігання оригіналу та копії форми № 501-1/о.

6. У верхньому лівому куті форми № 501-5/о зазначаються найменування міністерства, іншого центрального органу виконавчої влади, підприємства, установи, організації, у сфері управління яких перебуває ЗОЗ, його місцезнаходження (повна поштова адреса), код за Єдиним державним реєстром підприємств та організацій України (ЄДРПОУ).

7. Після заголовка форми № 501-5/о зазначаються прізвище, ім'я, по батькові, число, місяць та рік народження ВІЛ-інфікованої вагітної та прізвище, ім'я, по батькові лікаря, який проводив післятестове консультування стосовно ВІЛ-інфекції.

8. У кінці форми № 501-5/о ставляться підписи ВІЛ-інфікованої вагітної та лікаря, у присутності якого була заповнена форма № 501-5/о, зазначається дата заповнення форми № 501-5/о.

**Директор Департаменту реформ  
та розвитку медичної допомоги**

**М.К. Хобзей**