

**ПОРІВНЯЛЬНА ТАБЛИЦЯ**  
**до проєкту наказу «Про внесення змін до наказу Міністерства охорони здоров'я**  
**України від 10 січня 2006 року № 1»**

| Зміст положення (норми) чинного акта законодавства                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                  | Зміст відповідного положення (норми) проєкту акта                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                 |
|---------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|---------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|
| <p style="text-align: center;"><b>Наказ Міністерства охорони здоров'я України від 10 січня 2006 року № 1 «Про затвердження Форм первинної облікової документації з інфекційної, дерматовенерологічної, онкологічної захворюваності та інструкцій щодо їх заповнення», зареєстрований в Міністерстві юстиції України 08 червня 2006 року за № 687/12561</b></p>                                                                                                                                                      |                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                   |
| <p>1. Затвердити:</p> <p>1.1. Форму первинної облікової документації N 058/о (за686-06) "Екстрене повідомлення про інфекційне захворювання, харчове, гостре професійне отруєння, незвичайну реакцію на щеплення" (далі - облікова форма N 058/о, додається).</p> <p>1.2. Інструкцію щодо заповнення форми первинної облікової документації N 058/о "Екстрене повідомлення про інфекційне захворювання, харчове, гостре професійне отруєння, незвичайну реакцію на щеплення" (додається).</p> <p>Відсутній пункт</p> | <p>1. Затвердити:</p> <p>1.1. «Форму первинної облікової документації № 058/о «Екстрене повідомлення про інфекційну хворобу, харчове отруєння, що додається».</p> <p>1.2. Інструкцію щодо заповнення форми первинної облікової документації № 058/о «Екстрене повідомлення про інфекційну хворобу, харчове отруєння, що додається».</p> <p>1.3. Форму первинної облікової документації № 058-1/о «Лабораторне сповіщення про виявлення лабораторних критеріїв інфекційної хвороби, отруєння» та Інструкцію щодо її заповнення, що додаються».</p> |
| <p>4. Територіальним управлінням охорони здоров'я, Головному державному санітарному лікарю Автономної Республіки Крим, ГДСЛ областей, міст Києва та Севастополя, на водному, залізничному, повітряному транспорті, Головному лікарю Центральної СЕС МОЗ України:</p>                                                                                                                                                                                                                                                | <p>4. Структурним підрозділам з питань охорони здоров'я обласним, Київської та Севастопольської міських державних адміністрацій, керівникам центрів контролю та профілактики хвороб (обласним, міст Києва та Севастополя):.</p>                                                                                                                                                                                                                                                                                                                   |
| <p>18. Форма N 089-1/о заповнюється на кожне перше звернення хворого за медичною допомогою в даному календарному році з приводу хвороби, що передається переважно статевим шляхом, в 2-х примірниках. Повідомлення в 3-денний термін надсилається до районного (міського) дерматовенерологічного диспансеру, кабінету. Другий примірник надсилається до територіального органу Держсанепідслужби України за місцем проживання хворого протягом</p>                                                                  | <p>18. Форма № 089-1/о заповнюється на кожне перше звернення хворого за медичною допомогою в даному календарному році з приводу хвороби, що передається переважно статевим шляхом. Повідомлення в 3-денний термін надсилається до районного (міського) дерматовенерологічного диспансеру, кабінету. На випадки сифілісу та вродженого сифілісу надсилається другий примірник до центру контролю та профілактики хвороб Міністерства охорони здоров'я України відповідної адміністративно територіальної одиниці України,</p>                      |

|                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                  |                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                            |
|------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|
| <p>24 годин з моменту встановлення діагнозу. Повідомлення реєструється лікарем в журналі із зазначенням дати встановлення діагнозу, дати відправлення Повідомлення і адреси, куди відправлена форма N 089-1/о.</p>                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                               | <p>за місцем проживання хворого, протягом 24 годин з моменту встановлення діагнозу. Повідомлення реєструється лікарем в журналі із зазначенням дати встановлення діагнозу, дати відправлення Повідомлення і адреси, куди відправлена форма № 089-1/о.</p>                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                  |
| <p style="text-align: center;"><b>ІНСТРУКЦІЯ</b></p> <p style="text-align: center;">щодо заповнення форми первинної облікової документації N 058/о "Екстрене повідомлення про інфекційне захворювання, харчове, гостре професійне отруєння, незвичайну реакцію на щеплення"</p> <p>Ця Інструкція визначає порядок заповнення форми первинної облікової документації N 058/о "Екстрене повідомлення про інфекційне захворювання, харчове, гостре професійне отруєння, незвичайну реакцію на щеплення" (далі - Екстрене повідомлення).</p> <p>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).</p> <p>2. На кожний випадок інфекційного захворювання (підозри), незвичайної реакції на щеплення, укусу, подрапання, ослонення 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 територіального органу Держсанепідслужби України за місцем реєстрації захворювання. Крім цього, в оперативному порядку інформація повідомляється в цей територіальний орган Держсанепідслужби України по телефону.</p> <p>На період дії карантину, встановленого Кабінетом Міністрів України з метою запобігання поширенню на території України гострої респіраторної хвороби COVID-19, спричиненої коронавірусом SARS-CoV-2, та протягом 30 днів з дня його відміни закладами охорони здоров'я та фізичними особами - підприємцями, які отримали ліцензію на провадження господарської діяльності з медичної практики та якими внесено відповідні медичні записи до Реєстру медичних записів,</p> | <p style="text-align: center;"><b>ІНСТРУКЦІЯ</b></p> <p style="text-align: center;">щодо заповнення форми первинної облікової документації № 058/о «Екстрене повідомлення про інфекційну хворобу, харчове отруєння»</p> <p>1. Ця Інструкція визначає порядок заповнення форми первинної облікової документації № 058/о «Екстрене повідомлення про інфекційну хворобу, харчове отруєння» (далі – форма № 058/о).</p> <p>2. Форму № 058/о заповнюють в:</p> <p>1) закладах охорони здоров'я, незалежно від форми власності та організаційно-правової форми (далі – ЗОЗ): незалежно від умов, за яких була виявлена інфекційна хвороба при зверненні в центри первинної медико-санітарної допомоги та їх підрозділи, при відвідуванні пацієнта лікарем загальної практики – сімейним лікарем (далі – сімейний лікар) вдома, профілактичному огляді тощо; ЗОЗ, що надають спеціалізовану медичну допомогу, за умови, коли діагноз інфекційної хвороби був установлений при наданні стаціонарної медичної допомоги хворому, коли пацієнт надійшов без направлення сімейного лікаря або діагноз інфекційної хвороби встановлено в соматичних відділеннях, відділеннях хірургічного профілю тощо;</p> <p>2) фізичні особи-підприємці, які провадять господарську діяльність з медичної практики (далі – ФОП);</p> |

про направлення та рецептів в електронній системі охорони здоров'я осіб з підозрою на інфікування або з підтвердженим діагнозом захворювання на коронавірусну хворобу (COVID-19), по таких випадках Екстрене повідомлення не заповнюється та не надсилається, а інформація в оперативному порядку телефоном не передається.

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 (фельдшерсько-акушерських пунктах, фельдшерських здоров'я пунктах).

4. У верхньому лівому куті форми вказуються назва міністерства, іншого центрального органу виконавчої влади, органу місцевого самоврядування, у сфері управління якого перебуває заклад, відповідальні особи якого заповнили Екстрене повідомлення (заб86-06), його найменування, місцезнаходження (повна поштова адреса) та ідентифікаційний код Єдиного державного реєстру підприємств та організацій України (ЄДРПОУ).

5. Після заголовка в Екстремому повідомленні обов'язково має бути вказана дата його заповнення.

3) працівники інших медичних служб та підрозділи, закладів освіти, закладів оздоровлення та відпочинку, які в ході виконання своєї діяльності отримують інформацію про стан здоров'я особи;

4) закладах судово-медичної експертизи.

3. На кожний випадок підозри на наявність випадку інфекційної хвороби відповідно до Переліку інфекційних хвороб, що підлягають реєстрації, затвердженому наказом Міністерства охорони здоров'я України від 30 липня 2020 року №1726, зареєстрованому у Міністерстві юстиції України від 30 грудня 2020 року №1333/35616, укусу, подряпання, ослинення тваринами, крім грипу та гострих інфекцій верхніх дихальних шляхів, заповнюється форма № 058/о, яка протягом 18 годин надсилається до центру контролю та профілактики хвороб (далі – ЦКПХ) відповідної адміністративно-територіальної одиниці за місцем реєстрації хвороби.

4. Форма №058/о заповнюється і на інші випадки інфекційних хвороб, якщо такі віднесені до інфекцій, що можуть мати міжнародне значення та вимагають негайного реагування.

5. Попередньо, в оперативному порядку (але не пізніше 2 годин з моменту виявлення) інформація про випадки хвороби, які мають відповідну позначку формі №058/о, надається по телефону до ЦКПХ відповідної адміністративно-територіальної одиниці.

|                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                 |                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                        |
|---------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|
| <p>6. Далі зазначається найменування закладу, на адресу якого направляється Екстрене повідомлення- у відповідний територіальний орган Держсанепідслужби України.</p> <p>7. У пункті 1 вказуються прізвище, ім'я, по батькові хворого.</p> <p>8. У пункті 2 зазначаються в цифровій формі: число, місяць та рік народження.</p> <p>9. У пункті 3 зазначається стать хворого: чоловіча - 1, жіноча - 2.</p> <p>10. У пунктах 4, 6 вказуються місце проживання хворого (повна поштова адреса), номер телефону.</p> <p>11. У пункті 5 зазначається - мешканцем міста або села є хворий.</p> <p>12. У пункті 7 вказуються місце роботи, навчання, дитячого закладу та їх адреса.</p> | <p>6. На період дії карантину, встановленого Кабінетом Міністрів України з метою запобігання поширенню на території України гострої респіраторної хвороби COVID-19, спричиненої коронавірусом SARS-CoV-2, та протягом 30 днів з дня його відміни ЗОЗ та ФОП, якими внесено відповідні медичні записи до Реєстру медичних записів, записів про направлення та рецептів в електронній системі охорони здоров'я осіб з підозрою на інфікування або з підтвердженим діагнозом захворювання на коронавірусну хворобу (COVID-19), по таких випадках форма № 058/о не заповнюється та не надсилається, а інформація в оперативному порядку телефоном не передається.</p> <p>7. 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 форму № 058/о, його найменування, місцезнаходження (повна поштова адреса) та ідентифікаційний код з Єдиного державного реєстру підприємств та організацій України (ЄДРПОУ).</p> <p>8. У формі № 058/о обов'язково має бути вказана дата його заповнення.</p> <p>9. У пункті 1 зазначається найменування закладу охорони здоров'я, на адресу якого направляється форма № 058/о – до ЦКПХ відповідної адміністративно-територіальної одиниці.</p> <p>10. У пункті 2 зазначаються прізвище, власне ім'я, по батькові (за наявності) пацієнта.</p> <p>11. У пункті 3 зазначаються число, місяць та рік народження пацієнта.</p> <p>12. У пункті 4 зазначається стать пацієнта.</p> <p>13. У пункті 5 зазначається місце проживання пацієнта.</p> <p>14. У пункті 6 зазначається номер контактного телефону пацієнта.</p> |
|---------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|

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 пунктах 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 вказуються проведені первинні протиепідемічні заходи та додаткові відомості.

18. У пункті 14 вказуються дата і час первинного Екстреного повідомлення (за686-06) (за телефоном тощо) територіальному органу Держсанепідслужби України, прізвище особи, яка повідомила та отримала повідомлення.

19. У пункті 15 вказуються прізвище, ім'я, по батькові та номер контактної телефону особи, яка заповнила повідомлення; зазначаються реєстраційні номери із журналу ф. N 060/о (за687-06 ) закладу охорони здоров'я та територіального органу Держсанепідслужби України, а також підпис особи, яка одержала повідомлення.

20. Медичні працівники закладів долікарського обслуговування Екстрене повідомлення (за687-06) складають у двох примірниках: перший відправляється до територіального органу Держсанепідслужби України, другий - до закладу охорони здоров'я (дільничної, районної, міської лікарні, амбулаторії, поліклініки тощо).

21. Медичний персонал, який обслуговує дитячі заклади, направляє

15. У пункті 7 зазначається місце роботи (посада), навчання, виховання пацієнта, адреса.

16. У пункті 8 зазначається діагноз та код відповідно до Міжнародної статистичної класифікації хвороб та споріднених проблем охорони здоров'я.

17. У пункті 9 зазначаються дати: початку хвороби, первинного звернення, останнього відвідування закладу освіти, роботи, смерті пацієнта.

18. У пункті 10 зазначається факт госпіталізації пацієнта, дата та місце госпіталізації, найменування закладу охорони здоров'я.

19. У пункті 11 зазначаються підстави для встановлення діагнозу: клінічно чи лабораторно (дата, метод та результати лабораторного обстеження, які проводилися з метою встановлення етіології хвороби чи харчового отруєння).

20. У пункті 12 зазначаються основні симптоми хвороби, на основі яких було встановлено діагноз.

21. У пункті 13 зазначається інформація про контакт з інфекційним хворим, вказується дата.

Екстрене повідомлення (заб86-06) до територіального органу Держсанепідслужби України тільки за умови, якщо захворювання (підозра) вперше виявлено персоналом цих закладів під час огляду дітей чи за інших обставин. 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 територіального органу Держсанепідслужби України персоналом цих закладів.

22. Медичні працівники, які обслуговують дитячі заклади оздоровлення/відпочинку, Екстрене повідомлення (заб86-06) направляють до територіального органу Держсанепідслужби України, а також до територіального органу Держсанепідслужби України за місцем тимчасової дислокації оздоровчого закладу.

23. Суб'єкти підприємницької діяльності, які займаються медичною практикою, направляють Екстрене повідомлення (заб86-06) до територіального органу Держсанепідслужби України 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 територіального органу Держсанепідслужби України 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 (заб86-06) в цих випадках заповнюється в лікарні, куди хворий був госпіталізований, або поліклінікою, лікар якої відвідав хворого вдома.

22. У пункті 14 зазначаються: дата і час повідомлення до ЦКПХ відповідної адміністративно-територіальної одиниці, прізвище, власне ім'я, по батькові (за наявності) особи, яка повідомила та отримала повідомлення; прізвище, власне ім'я, по батькові (за наявності) та номер контактного телефону особи, яка заповнила повідомлення; реєстраційні номери із форми первинної облікової документації № 060/о «Журнал обліку інфекційних хвороб» закладу, який надав форму № 058/о та ЦКПХ відповідної адміністративно-територіальної одиниці; підпис особи, яка одержала повідомлення.

23. У пункті 15 обов'язково відмічається хвороба, щодо якої безпосередньо надається форма № 058/о. Харчові отруєння, які потенційно можуть бути спричинені збудниками інфекційних хвороб, до моменту отримання лабораторного підтвердження діагнозу мають бути відмічені у графі 15 «інші» та відповідний діагноз вписується у графу 8.

24. У пункт 16 за необхідності вноситься: вакцинальний статус пацієнта (в разі реєстрації вакцинокованого хворого), дата, доза, серія, назва препарату; у разі реєстрації харчового отруєння – назва закладу громадського харчування його адресу, інші обставини (назву продуктів харчування тощо); відомості про контактних осіб: прізвище, власне ім'я, по батькові (за наявності), вік, місце проживання, роботи, виховання чи навчання, телефон, вакцинальний статус (у разі реєстрації вакцинокованого хворого), результати лабораторного обстеження, медичного огляду та попередній діагноз.

25. Медичні працівники центрів екстреної медичної допомоги та медицини катастроф, які виявили чи запідозрили інфекційну хворобу, у випадках невідкладної госпіталізації, повідомляють ЦКПХ відповідної адміністративно-територіальної одиниці по телефону про виявлення пацієнта і місце його госпіталізації. У випадку, якщо пацієнта залишено на амбулаторному лікуванні (вдома), форма 058/о надається ЗОЗ, з сімейним лікарем якого пацієнтом укладено декларацію про вибір лікаря, який надає первинну медичну допомогу, ФОП або по місцю проживання пацієнта.

|                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                     |                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                          |
|-------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|
| <p>25. Медичні працівники закладів охорони здоров'я, які обслуговують працівників водного, залізничного та повітряного транспорту, заповнюють два примірники Екстреного повідомлення: один примірник надсилається до територіального органу Держсанепідслужби України, другий - до територіального органу Держсанепідслужби України (лікарні) за підпорядкованістю.</p> <p>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 органів Держсанепідслужби України Екстрене повідомлення (за686-06) тільки на вільнонайманих працівників та членів сімей працівників цих закладів.</p> <p>27. Заклад охорони здоров'я, у якому було уточнено або змінено діагноз, зобов'язаний скласти нове Екстрене повідомлення (за686-06) і протягом 12 годин після встановлення діагнозу надіслати його до територіального органу Держсанепідслужби України за місцем виявлення захворювання, із зазначенням зміненого (уточненого) діагнозу, дати його встановлення, первинного діагнозу та результатів лабораторних досліджень.</p> <p>28. Екстрене повідомлення ( за686-06 ) 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.</p> <p>29. Термін зберігання Екстрених повідомлень (за686-06) - 1 рік.</p> | <p>26. Медичні працівники ЗОЗ, які обслуговують працівників водного, залізничного та повітряного транспорту, заповнюють два примірники форми 058/о: один примірник надсилається до ЦКПХ відповідної адміністративно-територіальної одиниці, другий – до ЗОЗ за підпорядкованістю.</p> <p>27. ЗОЗ центральних органів виконавчої влади, що реалізують державну політику у сферах оборони і військового будівництва, охорони громадського порядку, захисту державного кордону, виконання кримінальних покарань, Державного управління справами, Служби безпеки України надсилають форму №058/о до ЦКПХ відповідної адміністративно-територіальної одиниці лише на вільнонайманих працівників та членів сімей працівників цих закладів.</p> <p>28. У разі зміни категорії випадку або зміни діагнозу ЗОЗ, ФОП, інші медичні служби, підрозділи та заклади, установи зобов'язані протягом 18 годин після зміни категорії випадку або зміни діагнозу надіслати нову форму 058/о до ЦКПХ відповідної адміністративно-територіальної одиниці, до якого було надіслано форму № 058/о, із зазначенням зміненої категорії, результатів лабораторних досліджень та інших даних, які стали підставою для зміни категорії випадку, а у випадку смерті пацієнта – заповнити нову форму № 058/о і протягом 18 годин після смерті пацієнта надіслати його із зазначенням дати встановлення смерті, діагнозу та результатів лабораторних досліджень.</p> <p>29. Форму № 058/о має бути заповнено чітко та розбірливо. Виправлення помилок підтверджується підписом особи, яка заповнила форму № 058/о, із зазначенням дати внесення змін. Відповідальність за достовірність інформації, що надана в форму № 058/о, несе особа, яка його заповнила.</p> <p>30. Строк зберігання форми № 058/о – 1 рік.</p> |
|-------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|

ЗАТВЕРДЖЕНО  
Наказ МОЗ України  
10.01.2006 №18

|                                                                                                                                                                                                                                                                                                 |                                                                                                                                                                |
|-------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|----------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|
| Назва міністерства, іншого центрального органу виконавчої влади, органу місцевого самоврядування, у сфері управління якого перебуває заклад<br>Найменування та місцезнаходження (повна поштова адреса) закладу, відповідальні особи якого заповнили повідомлення<br>Ідентифікаційний код ЄДРПОУ | <b>МЕДИЧНА ДОКУМЕНТАЦІЯ</b><br>Форма первинної облікової документації<br>№ 058/о<br><b>ЗАТВЕРДЖЕНО</b><br>Наказ МОЗ України<br>1 0 0 0 0 0 0 0 0 0 0 0 0 0 0 0 |
|-------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|----------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|

**ЕКСТРЕНЕ ПОВІДОМЛЕННЯ**  
**про інфекційне захворювання, харчове, тостре**  
**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 [ ][ ][ ][ ][ ][ ]  
 (випиши)

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 (випиши): [ ][ ][ ][ ][ ][ ]

ЗАТВЕРДЖЕНО  
Наказ Міністерства охорони здоров'я України  
10 січня 2006 року № 1  
(у редакції наказу Міністерства охорони здоров'я України від \_\_\_\_\_ № \_\_\_\_\_)

|                                                                                                                                                                                                                                                                                                 |                                                                                                                                                                                    |
|-------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|
| Назва міністерства, іншого центрального органу виконавчої влади, органу місцевого самоврядування, у сфері управління якого перебуває заклад<br>Найменування та місцезнаходження (повна поштова адреса) закладу, відповідальні особи якого заповнили повідомлення<br>Ідентифікаційний код ЄДРПОУ | <b>МЕДИЧНА ДОКУМЕНТАЦІЯ</b><br>Форма первинної облікової документації<br>№ 058/о<br><b>ЗАТВЕРДЖЕНО</b><br>Наказ МОЗ України<br>[ ][ ][ ][ ][ ][ ][ ][ ][ ][ ][ ][ ][ ][ ][ ][ ][ ] |
|-------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|

**ЕКСТРЕНЕ ПОВІДОМЛЕННЯ**  
**про інфекційну хворобу, харчове 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: [ ][ ][ ][ ][ ][ ] 4. Стать: чоловіча [ ][ ] жіноча [ ][ ]  
 (число/місяць/рік)

5. Місце проживання: [ ][ ][ ][ ][ ][ ]  
 область [ ][ ][ ][ ][ ][ ] район [ ][ ][ ][ ][ ][ ]  
 населений пункт [ ][ ][ ][ ][ ][ ] вулиця [ ][ ][ ][ ][ ][ ]  
 № будинку [ ][ ][ ][ ][ ][ ] № квартири [ ][ ][ ][ ][ ][ ]

6. Телефон: \_\_\_\_\_

7. Місце роботи, навчання, дитячого закладу та їх адреса: \_\_\_\_\_

8. Діагноз (відповідно до Міжнародної статистичної класифікації хвороб та споріднених проблем охорони здоров'я): \_\_\_\_\_

9. Дата початку хвороби: [ ][ ][ ][ ][ ][ ] Дата первинного звернення: [ ][ ][ ][ ][ ][ ]  
 (число/місяць/рік) (число/місяць/рік)  
 Дата останнього відвідування навчального закладу/роботи: [ ][ ][ ][ ][ ][ ] Дата смерті: [ ][ ][ ][ ][ ][ ]  
 (число/місяць/рік) (число/місяць/рік)

10. Чи був пацієнт госпіталізований? [ ][ ] Ні [ ][ ] Так → Дата: [ ][ ][ ][ ][ ][ ]  
 (число/місяць/рік)  
 Місце госпіталізації: \_\_\_\_\_



|                                                                                                   |                          |                                                                  |                          |
|---------------------------------------------------------------------------------------------------|--------------------------|------------------------------------------------------------------|--------------------------|
| 11. Підстави для діагнозу: <input type="checkbox"/> Клінічні <input type="checkbox"/> Лабораторні |                          | Дата: ____/____/____<br>(число/місяць/рік)                       |                          |
| Метод: _____                                                                                      |                          | Результат: _____                                                 |                          |
| 12. Основні симптоми хвороби: _____                                                               |                          |                                                                  |                          |
| 13. Контакт з інфекційним хворим? <input type="checkbox"/> Ні <input type="checkbox"/> Так        |                          | Дата: ____/____/____<br>(число/місяць/рік)                       |                          |
| 14. Дата повідомлення: ____/____/____<br>(число/місяць/рік)                                       |                          | Час: ____<br>(год. хв.)                                          |                          |
| Прізвище, власне ім'я, по-батькові (за наявності) особи, яка повідомила: _____                    |                          | телефон: _____                                                   |                          |
| Прізвище, власне ім'я, по-батькові (за наявності) особи, яка отримала повідомлення: _____         |                          | _____                                                            |                          |
| Прізвище, власне ім'я, по-батькові (за наявності) особи, яка заповнила повідомлення: _____        |                          | Підпис: _____                                                    |                          |
| Реєстраційний номер у журналі закладу охорони здоров'я ф. № 060/о: _____                          |                          |                                                                  |                          |
| закладу, який повідомив _____, закладу, який отримав повідомлення _____                           |                          |                                                                  |                          |
| Підпис особи, яка отримала повідомлення: _____                                                    |                          |                                                                  |                          |
| 15. Хвороба, яка підлягає сповіщенню, обране <b>ВІДМІТЬТЕ</b> нижче: _____                        |                          |                                                                  |                          |
| Ботулізм                                                                                          | <input type="checkbox"/> | Лейшманіоз                                                       | <input type="checkbox"/> |
| Бруцельоз                                                                                         | <input type="checkbox"/> | Лептоспіроз                                                      | <input type="checkbox"/> |
| Вірусна хвороба Чикунгунья                                                                        | <input type="checkbox"/> | Лістеріоз                                                        | <input type="checkbox"/> |
| Вірусні геморагічні гарячки невідомої етіології                                                   | <input type="checkbox"/> | Лямбліоз                                                         | <input type="checkbox"/> |
| Віспа (натуральна)                                                                                | <input type="checkbox"/> | Маларія                                                          | <input type="checkbox"/> |
| Гарячка денге                                                                                     | <input type="checkbox"/> | Менінгококова інфекція                                           | <input type="checkbox"/> |
| Гарячка Західного Нілу                                                                            | <input type="checkbox"/> | Моноцитарний ерліхіоз людини                                     | <input type="checkbox"/> |
| Гострий гепатит А                                                                                 | <input type="checkbox"/> | Пневмококові інфекції (зокрема Пневмонія стрептококова, групи В) | <input type="checkbox"/> |
| Гострий та хронічний гепатит В                                                                    | <input type="checkbox"/> | Правець                                                          | <input type="checkbox"/> |
| Гострий поліомієліт                                                                               | <input type="checkbox"/> | Сальмонельоз                                                     | <input type="checkbox"/> |
| Гострий та хронічний гепатит С, Е, D                                                              | <input type="checkbox"/> | Сибірка                                                          | <input type="checkbox"/> |
| Гранулоцитарний анаплазмоз людини                                                                 | <input type="checkbox"/> | Синдром вродженої краснухи                                       | <input type="checkbox"/> |
| Грип, спричинений ідентифікованим вірусом грипу, включно з грипом А (H1N1) та А (H5N1)            | <input type="checkbox"/> | Сказ                                                             | <input type="checkbox"/> |
| Дифтерія                                                                                          | <input type="checkbox"/> | Трихінеоз                                                        | <input type="checkbox"/> |
| Ентерит, спричинений <i>Yersinia enterocolitica</i>                                               | <input type="checkbox"/> | Туберкульоз                                                      | <input type="checkbox"/> |
| Ентерогеморагічна <i>Escherichia coli</i> інфекція                                                | <input type="checkbox"/> | Туляремія                                                        | <input type="checkbox"/> |
| Епідемічний паротит                                                                               | <input type="checkbox"/> | Тяжкий гострий респіраторний синдром (ТГРС)                      | <input type="checkbox"/> |
| Жовта гарячка                                                                                     | <input type="checkbox"/> | Хантавірусна інфекція                                            | <input type="checkbox"/> |
| Інфекція, спричинена <i>Haemophilus influenzae</i>                                                | <input type="checkbox"/> | Хвороба Кройцфельда-Якоба                                        | <input type="checkbox"/> |

|                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                          |                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                    |                              |                                                       |                          |                          |                          |                          |        |                          |                          |                    |                          |                          |     |                          |                          |                                                       |                          |                          |                    |                          |                          |                                   |                          |                          |                                  |                          |                          |        |                          |                          |          |                          |                          |                         |                          |                          |                                |                          |                          |      |                          |                          |                 |                          |                          |          |                          |                          |            |                          |                          |      |                          |                          |
|----------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|----------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|------------------------------|-------------------------------------------------------|--------------------------|--------------------------|--------------------------|--------------------------|--------|--------------------------|--------------------------|--------------------|--------------------------|--------------------------|-----|--------------------------|--------------------------|-------------------------------------------------------|--------------------------|--------------------------|--------------------|--------------------------|--------------------------|-----------------------------------|--------------------------|--------------------------|----------------------------------|--------------------------|--------------------------|--------|--------------------------|--------------------------|----------|--------------------------|--------------------------|-------------------------|--------------------------|--------------------------|--------------------------------|--------------------------|--------------------------|------|--------------------------|--------------------------|-----------------|--------------------------|--------------------------|----------|--------------------------|--------------------------|------------|--------------------------|--------------------------|------|--------------------------|--------------------------|
|                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                          | <table border="0"> <tr> <td>Кампілобактеріальний ентерит</td><td><input type="checkbox"/></td><td><input type="checkbox"/></td><td>Хвороба Лайма</td><td><input type="checkbox"/></td><td><input type="checkbox"/></td></tr> <tr> <td>Кашлюк</td><td><input type="checkbox"/></td><td><input type="checkbox"/></td><td>Хвороба легіонерів</td><td><input type="checkbox"/></td><td><input type="checkbox"/></td></tr> <tr> <td>Кір</td><td><input type="checkbox"/></td><td><input type="checkbox"/></td><td>Хвороба, зумовлена вірусом імунodefіциту людини (ВІЛ)</td><td><input type="checkbox"/></td><td><input type="checkbox"/></td></tr> <tr> <td>Кліщовий енцефаліт</td><td><input type="checkbox"/></td><td><input type="checkbox"/></td><td>Хвороба, яку спричинює вірус Зіка</td><td><input type="checkbox"/></td><td><input type="checkbox"/></td></tr> <tr> <td>Коронавірусна хвороба (COVID-19)</td><td><input type="checkbox"/></td><td><input type="checkbox"/></td><td>Холера</td><td><input type="checkbox"/></td><td><input type="checkbox"/></td></tr> <tr> <td>Краснуха</td><td><input type="checkbox"/></td><td><input type="checkbox"/></td><td>Черевний тиф та паратиф</td><td><input type="checkbox"/></td><td><input type="checkbox"/></td></tr> <tr> <td>Крим-Конго геморагічна гарячка</td><td><input type="checkbox"/></td><td><input type="checkbox"/></td><td>Чума</td><td><input type="checkbox"/></td><td><input type="checkbox"/></td></tr> <tr> <td>Криптоспоридіоз</td><td><input type="checkbox"/></td><td><input type="checkbox"/></td><td>Шигельоз</td><td><input type="checkbox"/></td><td><input type="checkbox"/></td></tr> <tr> <td>Ку-гарячка</td><td><input type="checkbox"/></td><td><input type="checkbox"/></td><td>Інше</td><td><input type="checkbox"/></td><td><input type="checkbox"/></td></tr> </table> <p>Примітка: інформація про виявлення підозри на хвороби позначені  має бути передана до центру контролю та профілактики <u>хвороб</u> відповідної адміністративно-територіальної одиниці не пізніше ніж протягом 2 годин з моменту виявлення, за допомогою засобів телефонного зв'язку. паперова копія передається (надсилається) протягом 18 год.</p> <p>16. Інші додаткові відомості: _____</p> | Кампілобактеріальний ентерит | <input type="checkbox"/>                              | <input type="checkbox"/> | Хвороба Лайма            | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | Кашлюк | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | Хвороба легіонерів | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | Кір | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | Хвороба, зумовлена вірусом імунodefіциту людини (ВІЛ) | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | Кліщовий енцефаліт | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | Хвороба, яку спричинює вірус Зіка | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | Коронавірусна хвороба (COVID-19) | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | Холера | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | Краснуха | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | Черевний тиф та паратиф | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | Крим-Конго геморагічна гарячка | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | Чума | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | Криптоспоридіоз | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | Шигельоз | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | Ку-гарячка | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | Інше | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| Кампілобактеріальний ентерит                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                             | <input type="checkbox"/>                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                           | <input type="checkbox"/>     | Хвороба Лайма                                         | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |                          |                          |        |                          |                          |                    |                          |                          |     |                          |                          |                                                       |                          |                          |                    |                          |                          |                                   |                          |                          |                                  |                          |                          |        |                          |                          |          |                          |                          |                         |                          |                          |                                |                          |                          |      |                          |                          |                 |                          |                          |          |                          |                          |            |                          |                          |      |                          |                          |
| Кашлюк                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                   | <input type="checkbox"/>                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                           | <input type="checkbox"/>     | Хвороба легіонерів                                    | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |                          |                          |        |                          |                          |                    |                          |                          |     |                          |                          |                                                       |                          |                          |                    |                          |                          |                                   |                          |                          |                                  |                          |                          |        |                          |                          |          |                          |                          |                         |                          |                          |                                |                          |                          |      |                          |                          |                 |                          |                          |          |                          |                          |            |                          |                          |      |                          |                          |
| Кір                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                      | <input type="checkbox"/>                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                           | <input type="checkbox"/>     | Хвороба, зумовлена вірусом імунodefіциту людини (ВІЛ) | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |                          |                          |        |                          |                          |                    |                          |                          |     |                          |                          |                                                       |                          |                          |                    |                          |                          |                                   |                          |                          |                                  |                          |                          |        |                          |                          |          |                          |                          |                         |                          |                          |                                |                          |                          |      |                          |                          |                 |                          |                          |          |                          |                          |            |                          |                          |      |                          |                          |
| Кліщовий енцефаліт                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                       | <input type="checkbox"/>                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                           | <input type="checkbox"/>     | Хвороба, яку спричинює вірус Зіка                     | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |                          |                          |        |                          |                          |                    |                          |                          |     |                          |                          |                                                       |                          |                          |                    |                          |                          |                                   |                          |                          |                                  |                          |                          |        |                          |                          |          |                          |                          |                         |                          |                          |                                |                          |                          |      |                          |                          |                 |                          |                          |          |                          |                          |            |                          |                          |      |                          |                          |
| Коронавірусна хвороба (COVID-19)                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                         | <input type="checkbox"/>                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                           | <input type="checkbox"/>     | Холера                                                | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |                          |                          |        |                          |                          |                    |                          |                          |     |                          |                          |                                                       |                          |                          |                    |                          |                          |                                   |                          |                          |                                  |                          |                          |        |                          |                          |          |                          |                          |                         |                          |                          |                                |                          |                          |      |                          |                          |                 |                          |                          |          |                          |                          |            |                          |                          |      |                          |                          |
| Краснуха                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                 | <input type="checkbox"/>                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                           | <input type="checkbox"/>     | Черевний тиф та паратиф                               | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |                          |                          |        |                          |                          |                    |                          |                          |     |                          |                          |                                                       |                          |                          |                    |                          |                          |                                   |                          |                          |                                  |                          |                          |        |                          |                          |          |                          |                          |                         |                          |                          |                                |                          |                          |      |                          |                          |                 |                          |                          |          |                          |                          |            |                          |                          |      |                          |                          |
| Крим-Конго геморагічна гарячка                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                           | <input type="checkbox"/>                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                           | <input type="checkbox"/>     | Чума                                                  | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |                          |                          |        |                          |                          |                    |                          |                          |     |                          |                          |                                                       |                          |                          |                    |                          |                          |                                   |                          |                          |                                  |                          |                          |        |                          |                          |          |                          |                          |                         |                          |                          |                                |                          |                          |      |                          |                          |                 |                          |                          |          |                          |                          |            |                          |                          |      |                          |                          |
| Криптоспоридіоз                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                          | <input type="checkbox"/>                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                           | <input type="checkbox"/>     | Шигельоз                                              | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |                          |                          |        |                          |                          |                    |                          |                          |     |                          |                          |                                                       |                          |                          |                    |                          |                          |                                   |                          |                          |                                  |                          |                          |        |                          |                          |          |                          |                          |                         |                          |                          |                                |                          |                          |      |                          |                          |                 |                          |                          |          |                          |                          |            |                          |                          |      |                          |                          |
| Ку-гарячка                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                               | <input type="checkbox"/>                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                           | <input type="checkbox"/>     | Інше                                                  | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |                          |                          |        |                          |                          |                    |                          |                          |     |                          |                          |                                                       |                          |                          |                    |                          |                          |                                   |                          |                          |                                  |                          |                          |        |                          |                          |          |                          |                          |                         |                          |                          |                                |                          |                          |      |                          |                          |                 |                          |                          |          |                          |                          |            |                          |                          |      |                          |                          |
| <p align="center"><b>ІНСТРУКЦІЯ</b></p> <p align="center">щодо заповнення форми первинної облікової документації N 060/о<br/>"Журнал обліку інфекційних захворювань"</p> <p>Ця Інструкція визначає порядок заповнення форми первинної облікової документації N 060/о "Журнал обліку інфекційних захворювань" (далі - форма N 060/о).</p> <p>1. Форму N 060/о 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). Форму заповнюють лікарі або середній медичний персонал цих закладів, а також в установах територіального органу Держсанепідслужби України.</p> <p>На період дії карантину, встановленого Кабінетом Міністрів України з метою запобігання поширенню на території України гострої респіраторної хвороби COVID-19, спричиненої коронавірусом SARS-CoV-2, та протягом 30 днів з дня його відміни закладами охорони здоров'я та фізичними особами - підприємцями, які отримали ліцензію на провадження господарської діяльності з медичної практики та якими внесено відповідні медичні записи до Реєстру</p> | <p align="center"><b>ІНСТРУКЦІЯ</b></p> <p align="center">щодо заповнення форми первинної облікової документації № 060/о<br/>«Журнал обліку інфекційних хвороб»</p> <p>1. Ця Інструкція визначає порядок заповнення форми первинної облікової документації № 060/о «Журнал обліку інфекційних хвороб» (далі – форма 060/о).</p> <p>2. Форму № 060/о заповнюють відповідальні особи закладів охорони здоров'я незалежно від форми власності та організаційно-правової форми (далі – ЗОЗ), фізичні особи-підприємці, які провадять господарську діяльність з медичної практики (далі – ФОП), інші медичні служби та підрозділи, заклади освіти, заклади оздоровлення та відпочинку та центри контролю та профілактики хвороб (далі – ЦКПХ).</p> <p>3. На період дії карантину, встановленого Кабінетом Міністрів України з метою запобігання поширенню на території України гострої респіраторної хвороби COVID-19, спричиненої коронавірусом SARS-CoV-2, та протягом 30 днів з дня його відміни ЗОЗ та ФОП, якими внесено відповідні медичні записи до Реєстру медичних записів, записів про направлення та рецептів в електронній системі охорони здоров'я осіб з підозрою на інфікування або з підтвердженим діагнозом хвороба на коронавірусну хворобу (COVID-19) або відповідні</p>                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                             |                              |                                                       |                          |                          |                          |                          |        |                          |                          |                    |                          |                          |     |                          |                          |                                                       |                          |                          |                    |                          |                          |                                   |                          |                          |                                  |                          |                          |        |                          |                          |          |                          |                          |                         |                          |                          |                                |                          |                          |      |                          |                          |                 |                          |                          |          |                          |                          |            |                          |                          |      |                          |                          |

медичних записів, записів про направлення та рецептів в електронній системі охорони здоров'я осіб з підозрою на інфікування або з підтвердженим діагнозом захворювання на коронавірусну хворобу (COVID-19) або відповідні відомості до електронної інтегрованої системи спостереження за захворюваннями, форма N 060/о щодо таких випадків не ведеться. { Пункт 1 доповнено новим абзацом згідно з Наказом Міністерства охорони здоров'я N 2764 від 30.11.2020 }

2. У верхньому лівому куті форми вказуються назва міністерства, іншого центрального органу виконавчої влади, органу місцевого самоврядування, у сфері управління якого перебуває заклад, відповідальні особи якого заповнили форму N 060/о ( за687-06 ), його найменування, місцезнаходження (повна поштова адреса) та ідентифікаційний код Єдиного державного реєстру підприємств та організацій України (ЄДРПОУ).

3. Після заголовка обов'язково має бути вказана дата початку та закінчення журналу обліку інфекційних захворювань.

4. У графі 1 журналу вказується порядковий номер запису.

5. У графі 2 зазначаються дата, години повідомлення (прийому) по телефону та дата відправки (одержання) Екстреного повідомлення (за686-06); хто передав-приймав (прізвище).

6. У графі 3 зазначається найменування закладу охорони здоров'я, який надіслав повідомлення.

7. У графі 4 вписується прізвище, ім'я, по батькові хворого.

8. У графі 5 зазначається вік хворого (для дітей до 3 років включно вказати місяць та рік народження).

9. У графі 6 вказується місце проживання хворого (місто, село, вулиця, номери будинку та квартири).

відомості до електронної інтегрованої системи спостереження за хворобами, форма № 060/о щодо таких випадків не ведеться.

4. У верхньому лівому куті форми зазначається назва міністерства, іншого центрального органу виконавчої влади, органу місцевого самоврядування, у сфері управління якого перебуває заклад, відповідальні особи якого заповнили форму № 060/о, його найменування, місцезнаходження (повна поштова адреса) та ідентифікаційний код з Єдиного державного реєстру підприємств та організацій України (ЄДРПОУ). У разі відсутності таких відомостей, зазначені поля не заповнюються.

5. У формі №060/о обов'язково має бути вказана дата початку та закінчення журналу обліку інфекційних хвороб (далі – журнал).

6. У графі 1 журналу зазначається порядковий номер запису.

7. У графі 2 зазначаються дата, час повідомлення (прийому) форми №058/о по телефону або одержання письмової форми 058/0; хто прийняв (прізвище, ім'я, по батькові).

8. У графі 3 зазначається найменування ЗОЗ, ФОП або іншої установи, яка надіслала форму № 058/о по телефону або письмово, дата, години, хто надіслав (прізвище, ім'я, по батькові).

9. У графі 4 вписується прізвище, власне ім'я, по батькові (за наявності) пацієнта.

10. У графі 5 зазначається вік пацієнта (дата народження).

11. У графі 6 зазначається місце проживання пацієнта (місто, район, село, вулиця, номери будинку та квартири).

12. У графі 7 зазначається місце роботи, виховання, навчання тощо пацієнта (дата останнього відвідування).

13. У графах 8, 9 вказуються дати первинного звернення і початку хвороби.

|                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                    |                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                               |
|------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|-----------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|
| <p>10. У графі 7 вписується місце роботи, навчання хворого тощо (дата останнього відвідування).</p> <p>11. У графах 8, 9 вказуються дати первинного звернення і захворювання.</p> <p>12. У графах 10, 11 зазначаються діагноз, дата його встановлення і місце госпіталізації.</p> <p>13. У графі 12 вписується змінений (уточнений) діагноз, дата його встановлення.</p> <p>14. У графі 13 зазначається дата епідобстеження та прізвище особи, що його проводила.</p> <p>15. У графі 14 вказується, куди направлено повідомлення про захворювання (в СЕС за місцем постійного проживання, в дитячий дошкільний заклад, за місцем навчання, роботи тощо).</p> <p>16. У графі 15 зазначаються дані про лабораторне обстеження та його результати.</p> <p>17. У графі 16 "Примітка" вносяться відомості про захворювання, які отримані на підставі спеціальних довідок тощо.</p> <p>18. Форма N 060/о (за687-06) призначена для персонального обліку хворих інфекційними захворюваннями і для обміну інформацією між закладами охорони здоров'я і СЕС.</p> <p>19. На кожне інфекційне захворювання (бактеріоносійство), які враховуються за Екстреними повідомленнями (за686-06), відводяться окремі сторінки журналу. У великих лікувальних закладах на масові захворювання (кір, вітряна віспа, епідемічний паротит тощо) можуть бути заведені окремі журнали (форма N 060/о (за687-06). Графи 13 і 14 у лікувально-профілактичних закладах не заповнюються.</p> <p>20. Сільські дільничні і районні лікарні (амбулаторії), які</p> | <p>14. У графах 10, 11 зазначаються діагноз, дата його встановлення і дата та місце госпіталізації.</p> <p>15. У графі 12 вписується змінений (уточнений) діагноз, дата його встановлення.</p> <p>16. У графі 13 вписується класифікація випадку інфекційної хвороби відповідно до вимог наказу Міністерства охорони здоров'я України від 28.12.2015 року № 905 «Про затвердження критеріїв, за якими визначаються випадки інфекційних та паразитарних захворювань, які підлягають реєстрації», зареєстрованого у Міністерстві юстиції України 12 березня 2016 року за № 379/28509.</p> <p>17. У графі 14 зазначаються дата епідеміологічного обстеження випадку, прізвище, ім'я та по батькові і посада особи, що його проводила.</p> <p>18. У графі 15 зазначається куди повідомлено про випадок інфекційної хвороби (до ЦКПХ, ЗОЗ, ФОП, навчального, дошкільного закладу, місця роботи тощо).</p> <p>19. У графу 16 вносяться дані про вакцинальний статус пацієнта щодо даної хвороби (дата, доза, серія, назва імунобіологічного препарату), у разі реєстрації вакцинокерованого захворювання. При відсутності даних про профілактичні щеплення – зазначається причина.</p> <p>20. У графі 17 зазначаються дані про результати лабораторного обстеження.</p> <p>21. У графі 18 вносяться додаткові відомості про пацієнта тощо.</p> <p>22. Форма № 060/о призначена для персонального обліку осіб з інфекційними хворобами і для обміну інформацією між ЗОЗ, ФОП та ЦКПХ.</p> <p>23. На кожну нозологію інфекційних хвороб, які враховуються за формою № 058/о, відводяться окремі сторінки журналу або окремі журнали форми № 060/о.</p> <p>24. Випадки інфекційних хвороб, виявлені медичними працівниками фельдшерсько-акушерських та фельдшерських пунктів, реєструються в формі</p> |
|------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|-----------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|

мають в районі обслуговування фельдшерсько-акушерські пункти (далі - ФАП), реєструють в журналі (форма N 060/о (за687-06) також інфекційні захворювання, які виявлені середнім медичним персоналом ФАПів.

21. На підставі Екстрених повідомлень (за686-06), які поступають до територіальних СЕС, у форму N 060/о (за687-06) вносяться необхідні виправлення, уточнення, доповнення тощо.

22. Дані журналу (форма N 060/о (за687-06) повинні використовуватись для проведення оцінки епідеміологічної ситуації в районі обслуговування закладу охорони здоров'я.

23. У дошкільних і загальноосвітніх навчальних закладах у журналі (форма N 060/о (за687-06) ураховуються захворювання, які виявлені персоналом цих закладів, у тому числі на підставі спеціальних довідок, про що в журналі в графі 16 "Примітка" робиться відповідний запис.

24. Форма N 060/о (за687-06) має бути заповнена чітко й розбірливо. Виправлення помилок підтверджується підписом особи, яка заповнила цю форму, із зазначенням дати внесення змін. Відповідальною за інформацію, що надана в формі N 060/о, є особа, яка її заповнила.

25. Термін зберігання облікової форми N 060/о (за687-06) - три роки.

№ 060/о даних закладів та в ЗОЗ, в структурі яких вони знаходяться.

25. На підставі форм № 058/о, які надаються до ЦКПХ відповідної адміністративно-територіальної одиниці, у форму № 060/о вносяться необхідні виправлення, уточнення, доповнення тощо.

26. Дані форми № 060/о повинні використовуватись для проведення оцінки епідемічної ситуації в регіоні.

27. У навчальних закладах у формі № 060/о враховуються інфекційні хвороби, які виявлені персоналом цих закладів, зокрема на підставі спеціальних довідок та про які повідомлено ЦКПХ відповідної адміністративно-територіальної одиниці. У журналі в графі 18 робиться відповідний запис.

28. Форма № 060/о має бути заповнена чітко й розбірливо. Виправлення помилок підтверджується підписом особи, яка заповнила форму № 060/о, із зазначенням дати внесення змін. Відповідальність за достовірність наданої інформації, що внесена до форми № 060/о, несе особа, яка її заповнила.

29. Строк зберігання облікової форми № 060/о – три роки після закінчення журналу.

|                                                                                                                                                                                                                                                                                                                          |  |                                                                                                                                                                        |  |
|--------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|--|------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|--|
| Назва міністерства, іншого центрального органу виконавчої влади, органу місцевого самоврядування, у сфері управління якого перебуває заклад<br>Найменування та місцезнаходження (повна поштова адреса) закладу, відповідальні особи якого заповнили журнал обліку інфекційних захворювань<br>Ідентифікаційний код ЄДРПОУ |  | ЗАТВЕРДЖЕНО<br>Наказ МОЗ України<br>10.01.200                                                                                                                          |  |
| МЕДИЧНА ДОКУМЕНТАЦІЯ<br>Форма первинної облікової документації<br>№ 060/о<br>ЗАТВЕРДЖЕНО<br>Наказ МОЗ України<br>1 0 0 0 1 2 2 0 6 1 1                                                                                                                                                                                   |  | ВІДПОВІДАЮЧОМУ<br>Наказ Міністерства охорони здоров'я України<br>10 січня 2006 року № 1<br>(у редакції наказу Міністерства охорони здоров'я України від _____ № _____) |  |
| ЖУРНАЛ<br>обліку інфекційних захворювань<br>Початок _____ Закінчено _____<br>(число, місяць, рік) (число, місяць, рік)                                                                                                                                                                                                   |  | ЖУРНАЛ<br>обліку інфекційних хвороб<br>Початок _____ Закінчено _____<br>(число, місяць, рік) (число, місяць, рік)                                                      |  |
| Примітка: Графи 13 та 14 заповнюються тільки територіальними органами Держсанепідслужби України.<br>У поняття "інфекційні захворювання" включаються і паразитарні.                                                                                                                                                       |  |                                                                                                                                                                        |  |

[illegible]

Відсутня в чинному наказі

## ІНСТРУКЦІЯ

щодо заповнення форми первинної облікової документації № 058-1/о  
«Лабораторне сповіщення про виявлення біологічних патогенних агентів  
інфекційних хвороб, отруєнь»

1. Ця Інструкція визначає порядок заповнення форми первинної облікової документації № 058-1/о «Лабораторне сповіщення про виявлення біологічних патогенних агентів інфекційних хвороб, отруєнь» (далі – форма № 058-1/о).

2. Форма № 058-1/о заповнюють відповідальні особи закладів охорони здоров'я незалежно від форми власності та організаційно-правової форми (далі – ЗОЗ), фізичні особи-підприємці, які провадять господарську діяльність з медичної практики (далі – ФОП).

3. Форма № 058-1/о надається ЗОЗ та ФОП на кожний випадок виявлення біологічних патогенних агентів, які є збудниками інфекційних хвороб відповідно до Переліку інфекційних хвороб, що підлягають реєстрації, затвердженому наказом Міністерства охорони здоров'я України від 30 липня 2020 року № 1726, зареєстрованому у Міністерстві юстиції України від 30 грудня 2020 року № 1333/35616, були визначені відповідними лабораторними методами, що використовують для підтвердження діагнозу.

4. При наданні даних необхідно керуватися лабораторними критеріями відповідно до критеріїв, за якими визначаються випадки інфекційних та паразитарних захворювань, затверджені наказом Міністерства охорони здоров'я України від 28 грудня 2015 року № 905, зареєстрованого в Міністерстві юстиції України від 12 березня 2016 року за № 379/28509 (далі – критерії).

5. Форма № 058-1/о протягом 18 годин надсилається до центру контролю та профілактики хвороб МОЗ (далі – ЦКПХ) відповідної адміністративно-територіальної одиниці за місцем реєстрації звернення особи щодо проведення лабораторного дослідження.

6. У верхньому лівому куті форми зазначаються назва міністерства, іншого центрального органу виконавчої влади, органу місцевого самоврядування, у сфері управління якого перебуває заклад, відповідальні особи якого заповнили форму 058-1/о, його найменування, місцезнаходження (повна поштова адреса)



та ідентифікаційний код з Єдиного державного реєстру підприємств та організацій України (ЄДРПОУ).

7. У Формі № 058-1/о обов'язково має бути вказана дата його заповнення.

8. У пункті 1 форми № 058-1/о зазначається найменування закладу: ЦКПХ відповідної адміністративно-територіальної одиниці, на адресу якого направляється форма № 058-1/о – до.

9. У пункті 2 зазначається прізвище, ім'я власне, по батькові (за наявності) пацієнта.

10. У пункті 3 зазначається дата народження особи.

11. У пункті 4 зазначається стать пацієнта.

12. У пункті 5 зазначається місце проживання пацієнта.

13. У пункті 6 зазначається номер контактного телефону пацієнта.

14. У пункті 7 зазначається місце роботи (посада), навчання, виховання пацієнта, адреса.

15. У пункті 8 зазначається назва хвороби, на виявлення лабораторних критеріїв відповідно до критеріїв, на які надається сповіщення.

16. У пункті 9 зазначається найменування закладу та/або прізвище, ім'я, по батькові лікаря (за наявності), який направив біоматеріал для лабораторного дослідження.

17. У пункті 10 зазначаються вид біоматеріалу, який був відібраний у пацієнта.

18. У пункті 11 зазначаються реєстраційний вхідний номер зразка біоматеріалу в лабораторії.

19. У пункті 12 зазначаються дата початку хвороби, дата взяття біоматеріалу, дата та час отримання біоматеріалу лабораторією для

дослідження.

20. У пункті 13 зазначається інформація про якість відібраного біоматеріалу.

21. У пункті 14 зазначається:

- 1) номер результату досліджень біоматеріалу;
- 2) показник, який підлягав виявленню;
- 3) сам результат, референтний інтервал для цього показника та метод проведеного лабораторного дослідження;
- 4) дата видачі результату, прізвище, власне ім'я, по батькові (за наявності) особи, яка проводила дослідження (виконавця) та її підпис;
- 5) валідація результату – дата валідації, прізвище, власне ім'я, по батькові (за наявності) особи, яка проводила валідацію та її підпис.

22. У пункті 15 зазначається контактний телефон особи, яка заповнила форму.

23. У пункті 16 зазначається підпис особи, яка отримала повідомлення.

24. Форма № 058-1/0 має бути заповнено чітко та розбірливо. Виправлення помилок підтверджується підписом особи, яка заповнила форму № 058-1/0, із зазначенням дати внесення змін.

25. Інформація зазначена у формі № 058-1/0, яка надіслана від ЗОЗ, ФОП до ЦКПХ відповідної адміністративно-територіальної одиниці використовується як додаткове джерело інформації про виявлення особи із підозрою на інфекційну хворобу та оцінки епідемічної ситуації у регіоні.

26. У разі наявності на дану особу форми № 058/о про підозру на інфекційну хворобу, дане сповіщення може бути використане, як лабораторний критерій для встановлення підтвердженого випадку відповідно до визначень наведених у наказі МОЗ № 905.

27. У разі відсутності форми № 058/о про підозру на інфекційну хворобу, збудник якої був зазначений у переданій до ЦКПХ відповідної адміністративно-територіальної одиниці формі № 058-1/0, працівниками ЦКПХ

|                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                         |                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                               |
|-----------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|---------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|
|                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                         | <p>має бути проведено додаткове епідрозслідування з метою своєчасного запровадження протиепідемічних заходів та попередження поширення інфекції (встановлення контакту із хворою особою, надання рекомендацій щодо звернення за медичною допомогою, а також інформування про відповідальність відповідно до чинного законодавства).</p> <p>28. Строк зберігання форми № 058-1/о – 1 рік.</p>                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                  |
| Форма первинної облікової документації № 058/о «Екстрене повідомлення про інфекційне захворювання, харчове, гостре професійне отруєння, незвичайну реакцію на щеплення»                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                 | Форма первинної облікової документації № 058/о «Екстрене повідомлення про інфекційну хворобу, харчове отруєння» - додається                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                   |
| Відсутня в чинному наказі                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                               | Форма первинної облікової документації № 058-1/о «Лабораторне сповіщення про виявлення лабораторних критеріїв інфекційної хвороби, отруєння» - додається                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                      |
| <p>Інструкція</p> <p>щодо заповнення форми первинної облікової документації № 089-1/о «Повідомлення про випадок захворювання на сифіліс, гонококову, хламідійну інфекцію, уrogenітальний мікоплазмоз та трихомоніаз»</p> <p>18. Форма N 089-1/о заповнюється на кожне перше звернення хворого за медичною допомогою в даному календарному році з приводу хвороби, що передається переважно статевим шляхом, в 2-х примірниках. Повідомлення в 3-денний термін надсилається до районного (міського) дерматовенерологічного диспансеру, кабінету. Другий примірник надсилається до територіального органу Держсанепідслужби України за місцем проживання хворого протягом 24 годин з моменту встановлення діагнозу. Повідомлення реєструється лікарем в журналі із зазначенням дати встановлення діагнозу, дати відправлення Повідомлення і адреси, куди відправлена форма N 089-1/о.</p> | <p>Інструкція</p> <p>щодо заповнення форми первинної облікової документації № 089-1/о «Повідомлення про випадок захворювання на сифіліс, гонококову, хламідійну інфекцію, уrogenітальний мікоплазмоз та трихомоніаз»</p> <p>18. Форма № 089-1/о заповнюється на кожне перше звернення хворого за медичною допомогою в даному календарному році з приводу хвороби, що передається переважно статевим шляхом. Повідомлення в 3-денний термін надсилається до районного (міського) дерматовенерологічного диспансеру, кабінету. Другий примірник надсилається до центру контролю та профілактики хвороб Міністерства охорони здоров'я України відповідної адміністративно територіальної одиниці України, за місцем проживання хворого, протягом 24 годин з моменту встановлення діагнозу. Повідомлення реєструється лікарем в журналі із зазначенням дати встановлення діагнозу, дати відправлення Повідомлення і адреси, куди відправлена форма № 089-1/о.</p> |

Міністр охорони здоров'я України

Віктор ЛЯШКО

«\_\_» \_\_\_\_\_ 2023 р.