

ЗАТВЕРДЖЕНО

Наказ Міністерства охорони
здоров'я України

№ _____

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

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 _____ / _____ / _____
(число/ місяць/ рік)

4. Стать: чоловіча ☐
жіноча ☐

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 _____ / _____ / _____
(число/ місяць/ рік)

Дата первинного звернення _____ / _____ / _____
(число/ місяць/ рік)

Дата останнього відвідування навчального
закладу/роботи _____ / _____ / _____
(число/ місяць/ рік)

Дата смерті _____ / _____ / _____
(число/ місяць/ рік)

10. Чи був пацієнт госпіталізований? ☐ Ні ☐ Так → Дата _____ / _____ / _____
(число/ місяць/ рік)

Місце госпіталізації:

11. Підстави для діагнозу: ☐ Клінічні ☐ Лабораторні → Дата _____ / _____ / _____
(число/ місяць/ рік)

→ Метод:

Результат:

12. Основні симптоми хвороби:

13. Контакт з інфекційним хворим?

☐ Ні

☐ Так

→ Дата ____ / ____ / ____
(число/ місяць/ рік)

14. Дата повідомлення:

____ / ____ / ____
(число/ місяць/ рік)

Час:

(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 **ВІДМІТЬТЕ** нижче:

Ботулізм		☐	Лейшманіоз	☐
Бруцельоз		☐	Лептоспіроз	☐
Вірусна хвороба Чикунгунья		☐	Лістеріоз	 ☐
Вірусні геморагічні гарячки невстановленої етіології		☐	Лямбліоз	☐
Віспа (натуральна)		☐	Малярія	☐
Гарячка денге		☐	Менінгококова інфекція	 ☐
Гарячка Західного Нілу		☐	Моноцитарний ерліхіоз людини	☐
Гострий гепатит А		☐	Пневмококові інфекції (зокрема Пневмонія стрептококова, групи В)	☐
Гострий та хронічний гепатит В		☐	Правець	 ☐
Гострий поліомієліт		☐	Сальмонельоз	☐
Гострий та хронічний гепатит С, Е, D		☐	Сибірка	 ☐
Гранулоцитарний анаплазмоз людини		☐	Синдром вродженої краснухи	☐
Грип, спричинений ідентифікованим вірусом грипу, включно з грипом А (H1N1) та А (H5N1)		☐	Сказ	☐
Дифтерія		☐	Трихінельоз	☐
Ентерит, спричинений Yersinia enterocolitica		☐	Туберкульоз	☐
Ентерогеморагічна Escherichia coli інфекція		☐	Туляремія	 ☐
Епідемічний паротит		☐	Тяжкий гострий респіраторний синдром (ТГРС)	☐
Жовта гарячка		☐	Хантавірусна інфекція	☐
Інфекція, спричинена Haemophilus influenzae		☐	Хвороба Кройцфельда-Якоба	☐
Кампілобактеріальний ентерит		☐	Хвороба Лайма	☐
Кашлюк		☐	Хвороба легіонерів	 ☐

Кіп		☐	Хвороба, зумовлена вірусом імунodefіциту людини (ВІЛ)	☐
Кліщовий енцефаліт		☐	Хвороба, яку спричинює вірус Зіка	☐
Коронавірусна хвороба (COVID-19)		☐	Холера	
Краснуха		☐	Черевний тиф та паратиф	
Крим-Конго геморагічна гарячка		☐	Чума	
Криптоспоридіоз		☐	Шигельоз	☐
Ку-гарячка		☐	Інше	☐

Примітка: інформація про виявлення підозри на хвороби позначені  має бути передана до центру контролю та профілактики хвороб 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.

16. Інші додаткові відомості: _____

**Директор Департаменту
громадського здоров'я**

Олексій ДАНИЛЕНКО