|  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- |
|  | |  | ЗАТВЕРДЖЕНО  Наказ МОЗ України  10.01.2006 №1 |
| Назва міністерства, іншого центрального органу виконавчої влади, органу місцевого самоврядування, у сфері управління якого перебуває заклад \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_  Найменування та місцезнаходження (повна поштова адреса) закладу, відповідальні особи якого заповнили журнал обліку інфекційних захворювань\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_  \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ | |  | **МЕДИЧНА ДОКУМЕНТАЦІЯ**  Форма первинної облікової документації  № 060/о  **ЗАТВЕРДЖЕНО**  Наказ МОЗ України     |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  | | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | | 1 | 0 | 0 | 1 | 2 | 0 | 0 | 6 | № | 1 |  |  | |
| Ідентифікаційний код  ЄДРПОУ | |  |  |  |  |  |  |  |  | | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | |  |  |  |  |  |  |  |  | |
| **ЖУРНАЛ**  **обліку інфекційних захворювань**     |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  | | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | | Почато |  |  |  |  |  |  | Закінчено |  |  |  |  |  |  |   (число, місяць, рік) (число, місяць, рік) | | | |
| **Примітка:**  Графи 13 та 14 заповнюються тільки  територіальними органами Держсанепідслужби України  У поняття "інфекційні захворювання"  включаються і паразитарні. | | | |

Продовження ф. № 060/о

|  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| Номер  з/п | Дата, години  повідомлення  (прийому) по  телефону та  дата відправки  (одержання)  екстреного  повідомлення;  хто передав -  прийняв (прізвище) | Найменування  закладу охорони здоров’я,  який надіслав повідомлення | Прізвище, ім’я,  по батькові  хворого | Вік хворого (для дітей  до 3 років включно -  вказати місяць  та рік народження) | Місце проживання  (місто, село, вулиця,  будинок №,  квартира №) | Місце роботи,  навчання хворого тощо (дата останнього відвідування) |
| **1** | **2** | **3** | **4** | **5** | **6** | **7** |
|  |  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |  |

Продовження ф. № 060/о

|  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| Дата  первин-ного  звернення | Дата  захворю-  вання | Діагноз та  дата його  встановлення | Дата і  місце  госпіталі-  зації | Змінений  (уточнений)  діагноз,  дата його  встановлення | Дата епідем-  обстеження.  Прізвище  того, хто  проводив  обстеження | Повідомлення  про захворювання направлено  (у територіальний орган Держсанепідслужби України за місцем  постійного прожи-  вання, у дитячий  дошкільний  заклад, за місцем  навчання, роботи  тощо) | Лабораторне  обстеження  та його  результати | Примітка |
| **8** | **9** | **10** | **11** | **12** | **13** | **14** | **15** | **16** |
|  |  |  |  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |  |  |  |

**Начальник Центру**

**медичної статистики**

**МОЗ України М.В. Голубчиков**

***{Форма із змінами, внесеними згідно з Наказом Міністерства охорони здоров'я № 56 від 25.01.2013}***