|  |  |  |
| --- | --- | --- |
|  |  | ЗАТВЕРДЖЕНО Наказ МОЗ України10.01.2006 №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

|  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| Номерз/п | Дата, годиниповідомлення(прийому) потелефону тадата відправки(одержання)екстреногоповідомлення;хто передав -прийняв (прізвище) | Найменування закладу охорони здоров’я,який надіслав повідомлення | Прізвище, ім’я,по батьковіхворого | Вік хворого (для дітейдо 3 років включно -вказати місяцьта 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

|  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| Датапервин-ногозвернення | Датазахворю-вання | Діагноз тадата йоговстановлення | Дата імісцегоспіталі-зації | Змінений(уточнений)діагноз,дата йоговстановлення | Дата епідем-обстеження.Прізвищетого, хтопроводивобстеження | Повідомленняпро захворювання направлено(у територіальний орган Держсанепідслужби України за місцемпостійного прожи-вання, у дитячийдошкільнийзаклад, за місцемнавчання, роботитощо) | Лабораторнеобстеженнята йогорезультати | 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}***