Приложение 2

к приказу

Министерства

здравоохранения

Республики Беларусь

22.12.2006 № 976

                                                              Форма № 060/у

       \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

                (наименование организации здравоохранения)

                                  Журнал

                      учета инфекционных заболеваний,

               пищевых отравлений, осложнений после прививки

Начат "\_\_\_​" \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_​ 20\_\_ г.

Окончен "\_\_\_​" \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_​ 20\_\_ г.

|  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| Nп/п | Дата и время передачи (приема) по телефону или отсылки (получения) в письменном виде информации об инфекционном заболевании, пищевом отравлении, осложнении после прививки | Наименование организации здравоохранения, передавшей информацию об инфекционном заболевании, пищевом отравлении, осложнении после прививки по телефону или в письменном виде; инициалы и фамилии лица, передавшего (выславшего) настоящую информацию | Сведения о больном | Дата появления первых клинических признаков инфекционного заболевания, пищевого отравления, осложнения после прививки | Дата первичного обращения больного за медицинской помощью по поводу инфекционного заболевания, пищевого отравления, осложнения после прививки | Диагноз, установленный при первичном обращении за медицинской помощью в организацию здравоохранения, передавшую экстренное извещение; дата его установления |
| фамилия, имя, отчество | дата рождения | адрес фактического проживания (город, село, улица, номер дома и квартиры, домашний телефон) | наименование места работы, службы, учебы (группа, класс); дата последнего посещения |
| 1 | 2 | 3 | 4 | 5 | 6 | 7 | 8 | 9 | 10 |
|   |   |   |   |   |   |   |   |   |   |
|   |   |   |   |   |   |   |   |   |   |
|   |   |   |   |   |   |   |   |   |   |
|   |   |   |   |   |   |   |   |   |   |
|   |   |   |   |   |   |   |   |   |   |
|   |   |   |   |   |   |   |   |   |   |
|   |   |   |   |   |   |   |   |   |   |
|   |   |   |   |   |   |   |   |   |   |
|   |   |   |   |   |   |   |   |   |   |
|   |   |   |   |   |   |   |   |   |   |
|   |   |   |   |   |   |   |   |   |   |
|   |   |   |   |   |   |   |   |   |   |
|   |   |   |   |   |   |   |   |   |   |
|   |   |   |   |   |   |   |   |   |   |
|   |   |   |   |   |   |   |   |   |   |
|   |   |   |   |   |   |   |   |   |   |

Продолжение таблицы

|  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| Дата госпитализации и наименование организации здравоохранения, в которую госпитализирован больной | Дата лабораторного исследования материала от больного, его результат | Окончательный диагноз, дата его установления | Дата передачи информации в организацию здравоохранения по месту постоянного жительства, работы, службы, учебы больного (указать наименование) об установлении диагноза инфекционного заболевания, пищевого отравления, осложнения после прививки | Должность, инициалы и фамилия работника, проводившего обследование очага инфекционного заболевания, пищевого отравления; дата обследования очага | Примечания |
| 11 | 12 | 13 | 14 | 15 | 16 |
|   |   |   |   |   |   |
|   |   |   |   |   |   |
|   |   |   |   |   |   |
|   |   |   |   |   |   |
|   |   |   |   |   |   |
|   |   |   |   |   |   |