|  |  |
| --- | --- |
|   | Форма № 060/у |
|   |   |
| \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_(наименование организации здравоохранения) |

|  |
| --- |
| **ЖУРНАЛучета инфекционных заболеваний, пищевых отравлений, осложнений после прививки** |
|   |
| Начат «\_\_\_» \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ 20\_\_ г.Окончен «\_\_\_» \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ 20\_\_ г. |
|   |
| № п/п | Дата и время передачи (приема) по теле-фону или отсылки (полу-чения) в пись-менном виде инфор-мации об инфек-ционном заболе-вании, пищевом отрав-лении, ослож-нении после при-вивки  | Наимено-вание организации здраво-охранения, передавшей информацию об инфек-ционном заболе-вании, пищевом отравлении, осложнении после прививки по телефону или в письменном виде; инициалы и фамилия лица, передав-шего (выслав-шего) настоящую информацию | Сведения о больном  | Дата появле-ния первых клини-ческих призна-ков инфек-цион-ного заболе-вания, пище-вого отрав-ления, ослож-нения после при-вивки | Дата первич-ного обра-щения больного за медицин-ской помощью по поводу инфек-ционного заболе-вания, пище-вого отрав-ления, ослож-нения после при-вивки | Диагноз, установ-ленный при первич-ном обраще-нии за медицин-ской помощью в органи-зацию здраво-охра-нения, передав-шую экстрен-ное извеще-ние; дата его установ-ления |
| фами-лия, имя, отче-ство | дата рож-дения | адрес факти-ческого прожи-вания (город, село, улица, номер дома и квар-тиры, домаш-ний теле-фон) | наиме-нова-ние места работы, службы, учебы (груп-па, класс); дата пос-лед-него посе-щения  |
| 1  | 2  | 3  | 4  | 5  | 6  | 7  | 8  | 9  | 10  |
|   |   |   |   |   |   |   |   |   |   |
|   |   |   |   |   |   |   |   |   |   |

|  |
| --- |
| *Продолжение таблицы* |
|   |
| Дата госпитали-зации и наименование организации здравоохра-нения, в которую госпитали-зирован 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  |
|   |   |   |   |   |   |
|   |   |   |   |   |   |