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

|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| **ЖУРНАЛ учета 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 |
|  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |