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 карту профілактичних щеплень_____
_____

Ідентифікаційний код ЄДРПОУ | | | | | | | | |

МЕДИЧНА ДОКУМЕНТАЦІЯ

Форма первинної облікової документації
№ 063/о

ЗАТВЕРДЖЕНО

Наказ МОЗ України

1	0	0	1	2	0	0	6	№	1		

КАРТА ПРОФІЛАКТИЧНИХ ЩЕПЛЕНЬ

Взятий(а) на облік							Дата заповнення						
	(число, місяць, рік)							(число, місяць, рік)					

Найменування дитячої установи (для організованих дітей) _____ Дільниця номер_____

1. Прізвище, ім'я, по батькові _____
_____

2. Дата народження							3. Стать: чоловіча – 1, жіноча – 2	
	(число, місяць, рік)							

4. Поштова адреса місця проживання: область _____,

район _____, населений пункт_____,

вулиця_____ , буд. №_____, корп. №_____ , кв. №_____

5. Мешкає у: місті – 1, селі – 2	

Відмітки про зміну адреси _____

6. Щеплення проти туберкульозу

Вид щеплення	Вік	Дата	Доза	Серія	Реакція на щеплення (місцева)	Медичні протипоказання (дата, причина)
Вакцинація						
Ревакцинація						

7. Щеплення проти поліомієліту

Вакцинація				Ревакцинація								Медичні протипоказання (дата, причина)
Вік	Дата	Доза	Серія	Вік	Дата	Доза	Серія	Вік	Дата	Доза	Серія	

8. Щеплення проти дифтерії, кашлюку, правця

Вид щеплення	Назва препарату	Вік	Дата	Доза	Серія	Реакція на щеплення		Медичні протипоказання (дата, причина)
						загальна	місцева	
Вакцинація								
Ревакцинація								

9. Щеплення проти кору

Вік	Дата	Доза	Серія	Реакція на щеплення		Медичні протипоказання (дата, причина)
				загальна	місцева	

10. Щеплення проти паротиту

Вік	Дата	Доза	Серія	Реакція на щеплення		Медичні протипоказання (дата, причина)
				загальна	місцева	

11. Щеплення проти краснухи

Вік	Дата	Доза	Серія	Реакція на щеплення		Медичні протипоказання (дата, причина)
				загальна	місцева	

12. Щеплення проти гепатиту В

Вид щеплення	Назва препарату	Вік	Дата	Доза	Серія	Реакція на щеплення		Медичні протипоказання (дата, причина)
						загальна	місцева	
Вакцинація								

13. Інші щеплення

Вид щеплення	Назва препарату	Вік	Дата	Доза	Серія	Реакція на щеплення		Медичні протипоказання (дата, причина)
						загальна	місцева	

14. Туберкулінові проби

Вік	Дата	Доза	Серія	Результат	Вік	Дата	Доза	Серія	Результат	Вік	Дата	Доза	Серія	Результат

Знятий з обліку (дата) _____ Причина _____ Підпис _____

Заповнюється в лікувально-профілактичному закладі або фельдшерсько-акушерському пункті при взятті дитини на облік.
У разі виїзду дитини з міста або району видається довідка про проведення щеплення.
Карта залишається в закладі.