|  |  |  |
| --- | --- | --- |
| Наименование министерства, другого органа исполнительной власти, предприятия, учреждения, организации, к сфере управления которого принадлежит учреждение здравоохранения |  | **МЕДИЦИНСКАЯ ДОКУМЕНТАЦИЯ** |
| Форма первичной учетной документации |
|  |  |  | **№ 045-2/у** |
| Наименование и местонахождение (полный почтовый адрес) учреждения здравоохранения, в котором заполняется форма | **УТВЕРЖДЕНО** |
|  |  |  | Приказом Министерства здравоохранения Донецкой Народной Республики |
|  |
| Идентификационный код  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  | № |  |  |
|  |  |
| **КАРТА****обращения за антирабической помощью (первично, повторно)**нужное подчеркнуть« \_**\_\_\_** » **\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ \_\_\_\_\_\_\_\_** года(дата обращения) |
| 1. Фамилия, имя, отчество |  |
|  |
| 2. Возраст |  | 3. Место проживания/пребывания |  |
|  | телефон |  |
| 4. Место работы, должность |  |
|  |
|  |
| 5. Дата травмы: укуса, оцарапывания, ослюнения и т.д. (необходимое подчеркнуть или вписать) |  |
|  |
|  |
|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
|  | (число, месяц, год, часы, минуты) |  |
| 6. В какое учреждение здравоохранения обратился пациент по поводу травмы и когда \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ |
|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
|  | (число, месяц, год, часы, минуты) |  |
| 7. Описание повреждений и их локализация |  |
|  |
|  |
|  |
| 8. Данные о животном, которое нанесло травму (укусило, оцарапало, ослюнило и т.д.) |  |
|  |
|  |
| 9. Обстоятельства нанесения травмы (укуса, оцарапывания, ослюнения и т.д.) |  |
|  |
|  |
| 10. Бешенство животного подтверждено ветеринарным врачом: клинически, лабораторно; не подтверждено  |
| (необходимое подчеркнуть, вписать) |  |
|  |
|  |
| 11. Животное осталось здорово, пало, убито (дата гибели), неизвестно (необходимое подчеркнуть, вписать)  |
|  |
| 12. Диагноз: первичный\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ заключительный\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_13. Первичная обработка укуса, оцарапывания, ослюнения\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_14. Анамнез пациента: |
|  | а) заболевания нервной системы |  |
|  |
|  | б) употребляет ли спиртные напитки, как часто |  |
|  |
|  | в) получал ли в прошлом антирабические прививки, когда, сколько |  |
|  |
|  |
|  | г) другие сведения |  |
| 15. Сведения об экстренной профилактике столбняка |
| 16. Назначение прививок (число, месяц, год) |  | (смотреть таблицу 1) |
| 17. Назначенный режим (госпитализация, амбулаторное лечение) |  |
|  |
|  |
| 18. Введение антирабического гамма-глобулина: дата, серия |  |
|  |
| 19. Реакция на внутрикожную пробу:  |  |
|  |
|  покраснение |  |
|  отек |  |
|  десенсибилизация: одномоментная, двухмоментная (подчеркнуть) |  |
|  |
|  |
|  Суточная доза \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ разовая доза |
|  Повторное введение: |
|  дата « \_\_\_\_ » \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ \_\_\_\_\_ года доза \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ серия вакцины \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ |
|  |
|  дата « \_\_\_\_ » \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ \_\_\_\_\_ года доза \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ серия вакцины\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ |
|  |
| 20.Сведения о проведении противошоковой, антигистаминной терапии |  |
| 21. Осложнения во время проведения прививок |  |
|  |
|  |
|  |

|  |
| --- |
| 22. Курс прививок полностью закончен; отменен, поскольку животное оказалось здорово; прерван самовольно и т.д. (необходимое подчеркнуть или вписать) \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ |
|  |
| 23. Мероприятия, принятые по продолжению прерванных прививок |
|  |
|  |
| 24. Сведения о диспансерном наблюдении |
|  |
|  |
|  |
|  |
| 25. Прочие сведения |
|  |
|  |
|  |
|  |
| таблица 1 |
|

|  |  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| № п/п | Схемаимму-низации (дни) | Дата (число, месяц, год) | Наименование,серия,срок годности вакцины | Доза | Место введения | Наличие или отсутствие ПВР/ПВО | Подпись лица, прово-дившегопрививку |
| по схеме вакцинации | проведения вакцинации |
| 1 |  |  |  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| 2 |  |  |  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| 3 |  |  |  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| 4 |  |  |  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| 5 |  |  |  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| 6 |  |  |  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| 7 |  |  |  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |  |  |  |

 |
| С правилами поведения во время прививок и в поствакцинальный период ознакомлен |
|  |
|  (фамилия, имя отчество пациента)  |
|  Лечащий врач\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ (фамилия) (подпись) |
|  |

И.о. министра А.А. Оприщенко