|  |  |
| --- | --- |
| Міністерство охорони здоров’я УкраїниДепартамент охорони здоров’яХарківської обласної державної адміністрації乌克兰卫生部哈尔科夫州行政当局的卫生管理局КОМУНАЛЬНЕ НЕКОМЕРЦІЙНЕ ПІДПРИЄМСТВОХАРКІВСЬКОЇ ОБЛАСНОЇ РАДИ**«ОБЛАСНА КЛІНІЧНА ЛІКАРНЯ*»***哈尔科夫州委员会公用非营利企业“州的临床医院”**КОНСУЛЬТАТИВНА ПОЛІКЛІНІКА****咨询门诊部**Код 02003563 / 代码02003563 | Медична документація医学文件Форма первинної облікової документації**N 063-2/о**原始登记文件**N 063-2/о 格式** |
| **61058, м. Харків, пр. Незалежності, 13.****哈尔科夫市，独立大街，13号. 邮编61058** | Наказ МОЗ України31.12.2009р. № 1086乌克兰卫生部命令№1086（自2009年12月31日） |

**Інформована згода**

**та оцінка стану здоров'я особи або дитини одним з батьків або іншим законним**

**представником дитини на проведення щеплення або туберкулінодіагностики**

**自我健康状态评估报告书及疫苗接种或结核菌素试验知情同意书**

1. Прізвище, ім'я, по батькові особи, що щеплюється

接种的人的姓名、父称（如有）

1. Дата народження

出生日期

1. Місце проживання, телефон

家庭住址、电话

1. Дата останнього щеплення, що проведено особі або дитині

最后一次接种疫苗的日期

1. Наведений нижче контрольний список запитань допоможе Вашому лікарю вирішити питання
щеплення або туберкулінодіагностики для Вас або для Вашої дитини / 请您回答下面的问题。医生利用该信息而解决您本人接种疫苗或结核菌素试验的问题:

|  |  |
| --- | --- |
| Запитання /问题 | Відповідь (належне підкреслити) / 回答（请标出） |
| На Ваш погляд, на сьогодні Ви/Ваша дитина здорові您认为，您当前健康状态良好 | Так / 是□ | Ні/否 **□** |
| Ви або дитина хворі на лейкемію, рак, ВІЛ/СНІД або отримуєте лікування -хіміотерапію, стероїдну терапію您患有白血病、癌症、HIV病毒/艾滋病或目前接受化疗、类固醇治疗 | Так / 是**□**(зазначити, що саме з переліченого)如有，请注明 | Ні /否**□** |
| Чи спостерігалась у Вас/Вашої дитини реакція/ускладнення після введення попередніх вакцин之前您接种疫苗后出现反应或合并症 | Так / 是**□**(зазначити, яка саме) 如有，请注明 | Ні/否**□** |
| У Вас/Вашої дитини наявна серйозна алергічна реакція您有严重过敏反应 | Так / 是**□**(на що саме) 如有，请注明 | Ні/否**□** |
| Протягом останнього року Вам/Вашій дитині проведено введення імуноглобулінів, компонентів крові або цільне переливання крові最近一年内，您接受过免疫群蛋白注射、其他血液成分注射或输入全血 | Так / 是**□**(що саме) 如有，请注明 | Ні/否**□** |
| В анамнезі у Вас/Вашої дитини є хронічні захворювання您既往病史上有慢性病 | Так / 是**□**(які саме) 如有，请注明 | Ні/否**□** |
| В анамнезі у Вас/Вашої дитини є розлади кровотворення您既往病史上有造血功能障碍 | Так / 是**□**(які саме)如有，请注明 | Ні /否**□** |

1. Прочитайте уважно, наведені нижче стани не є протипоказаннями до проведення щеплення:

请仔细阅读！下面所述的情况不是疫苗接种禁忌症:

* в анамнезі у особи, що щеплюється, або у кого-небудь з членів сім'ї несприятливі події після імунізації / 接种的人或该人家属的既往病史上有免疫接种不良的后果;
* в анамнезі у особи, що щеплюється, судоми / 接种的人既往病史上有痉挛;
* в анамнезі у особи, що щеплюється, лікування антибіотиками / 接种的人接受过抗菌素治疗;
* в анамнезі у особи, що щеплюється, лікування стероїдами (гормональні препарати) 接种的人接受过类固醇治疗（激素性药物）;
* в анамнезі у кого-небудь з членів сім'ї астма, екзема, атиповий дерматит, нежить / 家属的既往病史上有气喘病、湿疹、特应性皮炎、鼻炎;
* в анамнезі у особи, що щеплюється, кашлюк, кір, краснуха, епідемічний паротит (свинка), вітряна віспа, герпес або менінгіт / 接种的人的既往病史上有百日咳、麻疹、红疹 、痄腮、水痘、疱疹或脑膜炎;
* в анамнезі у дитини, що щеплюється, жовтяниця новонароджених / 接种的儿童的既往病史上有新生儿黄疸;
* в анамнезі у дитини, що щеплюється, передчасне народження або мала вага при народженні / 接种的儿童早产或出生时体重不足;
* в анамнезі у дитини, що щеплюється, будь-які неврологічні розлади, дитячий церебральний параліч тощо / 接种的儿童的既往病史上有任何神经功能障碍，比如，小儿脑性瘫痪等等;
* в анамнезі у особи, що щеплюється, контакт з інфекційними хворими / 接种的人接触过传染病人;
* в анамнезі у особи, що щеплюється, будь-яке хірургічне втручання / 接种的人的既往病史上有任何手术.

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
| 1. Ви отримали інформацію про процедуру щеплення, туберкулінодіагностики (проба Манту), протипоказання до проведення щеплення або туберкулінодіагностики, вакцину, можливі несприятливі наслідки

您获得关于疫苗接种、结核菌素试验（皮试）、疫苗接种禁忌症、结核菌素试验禁忌症、疫苗、可能的负面后果的信息 | Так / 是**□** | Ні / 否**□** |
| 8. Згода особи, батьків або законного представника дитини на проведення щеплення або туберкулінодіагностики для профілактики(чого саме)本人同意为了预防\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_(填写疾病名称）接种疫苗或进行结核菌素试验 | Даю згоду на проведення щеплення /同意接种(дата) / 日期(підпис)/签字 | Не даю згоди напроведення щеплення/不同意接种(чому саме) /请注明原因(дата) /日期(підпис)签字 |
| 1. Я буду негайно інформувати медичних працівників у разі погіршення самопочуття у мене/ дитини

如我本人身体状况发生恶化，本人立即通知医务人员 | (підпис) / 签字 |
| 10. Медичний працівник, що проводив анкетування / 进行调查的医务人员 | (підпис) / 签字 | (П. І. Б.) /姓名、父称 |

11. Дата / 日期