

N 15,

N 16

N 17
N 18

Фамилия, имя, отчество Гриба Мария Николаевна
 Возраст 30
 Адрес Москва 123456
 Место работы, учебы Ученый секретарь
 Цель обследования Психиатрическое
 Материал СМР и КСР и КСР
 Исследование Сопоставление
 Забор осуществил Молотов Д.Ю.
 Дата и время забора 11.04.23 16:00
 Дата и время доставки в лабораторию 11.04.23 16:30
 Результат В и Омарин
 Результат выдал Заморин
 Дата выдачи результата 11.04.23

N 31
32

Фамилия, имя, отчество *Орлов Вениамин Викторович*
Возраст *3*
Адрес *Иркутск 23 н/б*
Место работы, учебы *ЮрИИ, СОУ Н/Б*
Цель обследования *установление личности*
Материал *шляпа и зевка в сумке*
Исследование *документы из ВЛ*
Забор осуществил *Валова Н.*
Дата и время забора *9.08.23*
Дата и время доставки в лабораторию *9.08.23. 11:00*
Результат *ВЛ-1. Документы*
Результат выдачи *Законод. К.Б*
Дата выдачи результата *12.08.23*

Валовая 2

N 5.16

Министерство здравоохранения РФ
Наименование учреждения РДЦБ

Код формы по ОКУД
Код учреждения по ОКПО
Медицинская документация Ф № 958-у

ЭКСТРЕННОЕ ИЗВЕЩЕНИЕ -1

Об инфекционном заболевании, остром профессиональном отравлении, необычной реакции на прививку.

1. Диагноз Дифтерия
2. Фамилия, имя, отчество Орлов Ксения Алексеевна
3. пол М
4. возраст 3
5. Адрес, населенный пункт Краснодар
улица Мичуринская дом № 23 кв. № 10
6. Наименование и адрес работы (учебы, детского учреждения)
Детский сад № 5
7. Дата последнего посещения места работы (учебы) 6.04.23
8. Дата заболевания 7.04.23
9. Дата первичного обращения 8.04.23 Консультация
10. Дата установления диагноза 11.04.23
11. Дата и место госпитализации 10.04.23 Череповецкая область РДЦБ
12. Если отравление -- указать, где оно произошло, чем отравлен пострадавший

13. Дополнительные сведения В семье с череповецкой Соединенной Армии
и был за прививкой не выезжал
прививки в соответствии календаря

14. Проведенные первичные противоэпидемические мероприятия
Мамы с детьми Малыш 30 лет работает у матери
вечером 11.8.01 не 35 лет работает специалистом

15. Дата первичной сигнализации (по тел.) в эпидотдел 11.04.23
16. Дата и час отсылки извещения 11.04.23 12:00
17. Подпись пославшего извещение РДЦБ
18. Кто принял сообщение Валовая Р.В.
19. Регистрационный № 15 в журнале эпидотдела № 15
20. Подпись получившего извещение

Составляется медработником, выявившем при любых обстоятельствах инфекционное заболевание, острое отравление или при подозрении на них, а также при изменении диагноза.

Посылается эпидотдел Роспотребнадзора не позднее 12 часов с момента выявления больного.

В случае сообщения об изменении диагноза п.1, указывается измененный диагноз, дата его установления и первоначальный диагноз.

Извещение составляется также на случай укусов, оцарапывания, ослюпления домашними или дикими животными, которые следует рассматривать как подозрение на заболевание бешенством

Журнал регистрации инфекционных заболеваний

№	Дата сооб- щения з	Организ- м на прислании за содержани	ФИО	возр	адрес	орган изован ность	Дата пост посещ-я	Дата забол-я	Дата обращ-я	Диагноз и дата установле- ния	Дата и место госпи- ли	Окончательный диагноз	Лаб. исследования	прим
1	18.04	машинист N/5	Ольга Ивановна Ивановна	3	ул. Кирова д. 10	дом брод N/5	6.04.23	7.04.23	8.04.23	диспансер 11.04.23	10.04 Оид	диспансер	доп. исследован- ие: в мазках отсутствуют m. tuberculosis 8.04.23 N/4.16	

Диспансерный журнал

№	ФИО	адрес	возр	организова- нность	диагноз	Дата взятия на Д учет	Контрольные анализы	Дата снятия с Д. учета
1	Ольга Ивановна Ивановна	ул. Кирова д. 10 н.б. 100	3	дом брод N/5	диспансер	12.05.23	12.04.23 12.05.23 12.06.23 12.07.23 12.08.23 12.09.23 12.10.23 12.11.23 12.12.23	12.06.23