

УТВЕРЖДЕНО

(наименование и адрес учреждения)

от _____ 20__ г. № _____

Медицинская документация

Форма № _____

Код формы по ОКУД _____

Код учреждения по ОКПО _____

**ЭКСТРЕННОЕ ИЗВЕЩЕНИЕ
ОБ ИНФЕКЦИОННОМ ИЛИ ПАРАЗИТАРНОМ ЗАБОЛЕВАНИИ, ПИЩЕВОМ ОТРАВЛЕНИИ,
НЕОБЫЧНОЙ РЕАКЦИИ НА ПРИВИВКУ, ПОСТВАКЦИНАЛЬНОМ ОСЛОЖНЕНИИ**

1. Диагноз _____
Подтвержден лабораторно: да, нет (подчеркнуть), какой выделен возбудитель _____

2. Фамилия, имя, отчество _____

3. Пол _____

4. Дата, месяц и год рождения _____

5. Адрес: _____

5.1. Регистрации по месту жительства

Населенный пункт _____ район _____

улица _____ дом № _____ корп. № _____ кв. № _____

телефон _____ код подъезда _____

тип квартиры _____

(индивидуальная, коммунальная, общежитие – вписать)

5.2. Место фактического проживания

Населенный пункт _____ район _____

улица _____ дом № _____ корп. № _____ кв. № _____

телефон _____ код подъезда _____

тип квартиры _____

(индивидуальная, коммунальная, общежитие – вписать)

6. Наименование и адрес места работы (учебы, детского учреждения) с уточнением класса, группы, отделения, цеха, участка, занимаемой должности _____

7. Даты:

Заболевания (необычной реакции на прививку, поствакцинальном осложнении)	
Первичного обращения (выявления)	
Установления первоначального диагноза	
Укуса (оцарапывания, ослонения) животным, переносчиком, присасывания клеща (подчеркнуть)	
Изменения диагноза	
Последнего посещения детского учреждения, места учебы, работы	
Госпитализации	

8. Место госпитализации _____ оставлен на дому (причина) _____

9. Дополнительные сведения о заболевании:

9.1. При пищевом отравлении (заболевании) – указать, где оно произошло, от употребления какого продукта, воды, напитков и др., дата и место приобретения подозреваемого продукта, _____

вызвавшего пищевое отравление (заболевание)

9.2. При необычной реакции на прививку (заболевании инфекцией, управляемой средствами иммунизации) – указать сведения о полученной иммунизации: вид прививки, препарат, дата введения, доза, серия, контрольный номер, предприятие изготовитель препарата, где вводили (при заболевании - прививки против этой инфекции)

9.3. При укусе (оцарапывании, ослонении) животным, переносчиком, присасывании клеща, полученной травме - указать сведения о полученной болезни экстренной иммунизации (химиопрофилактике) препарат, дата введения, доза

10. Краткий эпиданамнез (выезжал ли больной в другие территории, в т.ч. эндемичные по природно-очаговым инфекциям; был ли контакт с грызунами (когда и где); из какой территории прибыл; находился ли в контакте с инфекционным больным или носителем; сведения о животном, нанесшем повреждение (какое животное, сведения о его вакцинации против бешенства, ФИО и адрес хозяина); находился ли на лечении в стационаре; имел ли парентеральные медицинские вмешательства в течение последних 6 мес. (какие, когда, где); употребляет ли наркотики парентерально (да, нет);

11. Информация о первичных санитарно - противозидемических мероприятиях в очаге:

11.1 Сведения о контактных в окружении больного:

- ФИО, возраст взрослых, в т.ч. декретированных (название и адрес места работы, телефон, должность)

- дети, в т.ч. посещающие организованные коллективы (какие, адрес, дата последнего посещения)

11.2. Сведения о первичном медицинском осмотре контактных лиц в очаге:

осмотрено взрослых - чел., детей - чел.; выявлено больных (с подозрением на заболевание):

(ФИО, предварительный диагноз)

12. Дата и час первичного сообщения (по телефону и пр.) в ФБУЗ «Центр гигиены и эпидемиологии» (филиал ФБУЗ)

Должность и фамилия сообщившего

Кто принял сообщение

(должность, фамилия принявшего сообщение)

13. Дата и час отсылки извещения

Подпись пославшего извещение

(должность, фамилия пославшего извещение)

Регистрационный № _____ в журнале ф. № _____

Подпись получившего извещение

(должность, фамилия получившего извещение)

Примечание:

1. Экстренное извещение составляется медицинским работником, выявившим при любых обстоятельствах инфекционное заболевание, пищевое отравление, а также при изменении диагноза.

2. Посылается в ФБУЗ «Центр гигиены и эпидемиологии» (филиал ФБУЗ) по месту выявления больного не позднее 12 часов с момента обнаружения больного, информация по телефону в течение 2-х часов

3. В случае изменения диагноза составляется повторное экстренное извещение.