

**ЗАТВЕРДЖЕНО****Наказ Міністерства охорони здоров'я України****03.08.2012 № 612**

Найменування міністерства, іншого центрального органу виконавчої влади, підприємства, установи, організації, у сфері управління яких перебуває заклад охорони здоров'я	<b>МЕДИЧНА ДОКУМЕНТАЦІЯ</b>
	Форма первинної облікової документації № 501-3 (I)/о
Місцезнаходження (повна поштова адреса) закладу охорони здоров'я, в якому заповнюється форма	<b>ЗАТВЕРДЖЕНО</b>
Код за ЄДРПОУ	Наказ МОЗ України №

**ПОВІДОМЛЕННЯ № 3 № \_\_\_\_\_**  
**про перебування на обліку дитини, народженої ВІЛ-інфікованою жінкою**

« \_\_\_\_ » \_\_\_\_\_ 20 \_\_\_\_ року  
(дата заповнення)

1. Прізвище, ім'я, по батькові дитини \_\_\_\_\_

2. Дата народження дитини \_\_\_\_\_  
(число, місяць, рік)

3. Стать дитини:  хлопчик  дівчинка

4. Місце проживання, контактний телефон \_\_\_\_\_

5. Форма первинної облікової документації, що ведеться для медичного спостереження за дитиною:

Історія розвитку дитини (форма № 112/о)	№ _____
Медична карта стаціонарного хворого (форма № 003/о)	№ _____
Інші (вписати): _____	№ _____
_____	№ _____

6. Прізвище, ім'я, по батькові матері \_\_\_\_\_

7. Вигодовування дитини:

грудне	з _____ днів/міс.	до _____ днів/міс.
	(цифрами)	(цифрами)
змішане	з _____ днів/міс.	до _____ днів/міс.
	(цифрами)	(цифрами)
штучне	з _____ днів/міс.	до _____ днів/міс.
	(цифрами)	(цифрами)

Якщо дитина отримує адаптовані молочні суміші, зазначити джерело їх фінансування

 місцевий бюджет

 державний бюджет

 гуманітарна допомога



Прізвище, ім'я, по батькові та номер контактного телефону лікаря, який заповнив форму № 501-3(І)/о

\_\_\_\_\_

(П.І.Б. лікаря, телефон)

\_\_\_\_\_

(підпис)