ЗАТВЕРДЖЕНО
Наказ Міністерства охорони здоров'я України
29 травня 2013 року № 435

Найменування міністерства, іншого органу виконавчої влади, підприємства, установи, організації, до сфери управління якого належить заклад охорони здоров'я _____ _____ Найменування та місцезнаходження (повна поштова адреса) закладу охорони здоров'я, де заповнюється форма _____ Код за ЄДРПОУ _____	**МЕДИЧНА ДОКУМЕНТАЦІЯ** Форма первинної облікової документації **№ 055/о** ЗАТВЕРДЖЕНО Наказ МОЗ України _____ № _____

КАРТА ОБСТЕЖЕННЯ
дитини віком 0–17 років включно з незвичайною реакцією на вакцинацію (ревакцинацію) БЦЖ

1. Прізвище, ім'я дитини _____

2. Дата народження _____
(число, місяць, рік)

3. Найменування закладу, що проводив щеплення _____

4. Вакцинація, ревакцинація (підкреслити)
а) дата «____»_____ 20___року б) метод введення _____
в) виробник вакцини, контрольний номер _____

г) серія вакцини _____
ґ) строк придатності вакцини до _____

5. Дата обстеження і строк після щеплення _____

6. Зміни на місці щеплення в момент огляду _____
а) виразка (найбільший розмір діаметра) _____
б) холодний нарив (найбільший розмір діаметра) з норицею, без нориці (підкреслити)
в) лімфаденіт регіонарних лімфовузлів, величина в мм, з норицею, без нориці (підкреслити)
г) рубчик (величина найбільшого діаметра в мм) _____
ґ) відсутність змін _____
д) келоїдний рубець (величина в мм) _____
е) пігментовані плями (найбільший розмір в мм) _____

7. Туберкулінові проби (Манту 2 ТО), їх динаміка до щеплення і на момент обстеження

8. Наявність контакту з хворим на туберкульоз _____

9. Супутні захворювання (алергічні захворювання в анамнезі) _____

(ексудативний діатез, ідіосинкразія тощо)

10. Дані клінічного обстеження _____

11. Дані рентгенологічного обстеження (опис рентгенограми або великокадрової флюорограми) _____

12. Діагноз (найменування ускладнення) _____

13. Ймовірні причини ускладнення: техніка введення, невірний добір, підвищена реактогенність вакцини БЦЖ, прострочений строк вакцини (підкреслити)

14. Ужиті заходи (у тому числі методи лікування) _____

15. Дата заповнення карти | | | | | | | | |

(число, місяць, рік)

:

Лікар, який заповнив карту _____

(прізвище, підпис)

Лікар-фтизіатр дитячий _____

(прізвище, підпис)

Медична сестра, яка проводила щеплення _____

(прізвище, підпис)