# Сертификат о профилактических прививках

Сертификат о профилактических прививках

## Правила заполнения «Сертификата о профилактических прививках»

1. Сертификат заполняется и выдается гражданам в ЛПУ, проводящих иммунизацию населения.
2. В сертификат вносятся все прививки, проведённые человеку с момента рождения в плановом порядке и по эпид. показаниям, включая экстренную серо- и иммунопрофилактику.
3. Сведения заносятся медицинскими работниками на основании данных форм медицинского учёта системы МЗ РФ: Ф 112/у, 026/у, 063/у, медицинских служб МО, МВД, ФСБ и т.п.
4. Все сведения в сертификате заверяются подписью врача и печатью учреждения, где проводятся прививки или заполняется сертификат.
5. Сертификат хранится у граждан и предъявляется медицинским работником в случае необходимости начала или продолжения иммунизации.
6. Наименование препаратов и учреждения здравоохранения, проводящего иммунизацию, может записываться установленной аббревиатурой. Серия препарата и контрольный номер не записывается.
7. В разделы «Прививки против др. инфекций» вносятся данные о прививках:
   - против инфекций, не входящих в национальный календарь.
   - В количестве, превышающем установленную календарём схему.
   - По эпид. показаниям, в том числе с целью экстренной специфической профилактики.

**17. Примечания.**


## Правила заполнения «Сертификата о профилактических прививках»

8. Сертификат заполняется и выдается гражданам в ЛПУ, проводящих иммунизацию населения.
9. В сертификат вносятся все прививки, проведённые человеку с момента рождения в плановом порядке и по эпид. показаниям, включая экстренную серо- и иммунопрофилактику.
10. Сведения заносятся медицинскими работниками на основании данных форм медицинского учёта системы МЗ РФ: Ф 112/у, 026/у, 063/у, медицинских служб МО, МВД, ФСБ и т.п.
11. Все сведения в сертификате заверяются подписью врача и печатью учреждения, где проводятся прививки или заполняется сертификат.
12. Сертификат хранится у граждан и предъявляется медицинским работником в случае необходимости начала или продолжения иммунизации.
13. Наименование препаратов и учреждения здравоохранения, проводящего иммунизацию, может записываться установленной аббревиатурой. Серия препарата и контрольный номер не записывается.
14. В разделы «Прививки против др. инфекций» вносятся данные о прививках:
    - против инфекций, не входящих в национальный календарь.
    - В количестве, превышающем установленную календарём схему.
    - По эпид. показаниям, в том числе с целью экстренной специфической профилактики.


**17.Примечания.**

**16. Необычные реакции и осложнения на прививку. Непереносимость лекарственных препаратов.**

| Дата проведения | Наименование препарата | Характер реакции | Наименование учреждения | Подпись врача |
|---|---|---|---|---|
| | | | | |
| | | | | |
| | | | | |
| | | | | |
| | | | | |
| | | | | |
| | | | | |
| | | | | |
| | | | | |
| | | | | |
| | | | | |
| | | | | |
| | | | | |
| | | | | |
| | | | | |
| | | | | |
| | | | | |

**16. Необычные реакции и осложнения на прививку. Непереносимость лекарственных препаратов.**

| Дата проведения | Наименование препарата | Характер реакции | Наименование учреждения | Подпись врача |
|---|---|---|---|---|
| | | | | |
| | | | | |
| | | | | |
| | | | | |
| | | | | |
| | | | | |
| | | | | |
| | | | | |
| | | | | |
| | | | | |
| | | | | |
| | | | | |
| | | | | |
| | | | | |
| | | | | |
| | | | | |
| | | | | |
| | | | | |

| Министерство здравоохранения Российской Федерации | **Форма 156/у – 93** |
|---|---|

# Сертификат о профилактических прививках

Фамилия_____

Имя _____

Отчество _____

Дата рождения _____

Дата выдачи сертификата: «____»_____г.

Место выдачи: Российская Федерация, Волгоградская область, г.Волгоград.

Наименование ЛПУ: МУЗ «Детская поликлиника №3»

| Министерство здравоохранения Российской Федерации | **Форма 156/у – 93** |
|---|---|

# Сертификат о профилактических прививках

Фамилия_____

Имя _____

Отчество _____

Дата рождения _____

Дата выдачи сертификата: «____»_____г.

Место выдачи: Российская Федерация, Волгоградская область, г.Волгоград.

Наименование ЛПУ: МУЗ «Детская поликлиника №3»

## 1. Перенесённые инфекционные заболевания.

| Дата заболевания | Наименование заболевания | Наименование учреждения | Подпись врача |
|---|---|---|---|
| | | | |
| | | | |
| | | | |
| | | | |
| | | | |
| | | | |

## 2. Прививки против туберкулёза.

| Дата заболевания | Наименование и доза препарата | Наименование учреждения | Подпись врача |
|---|---|---|---|
| | | | |
| | | | |
| | | | |
| | | | |
| | | | |
| | | | |
| | | | |
| | | | |
| | | | |
| | | | |
| | | | |

## 1. Перенесённые инфекционные заболевания.

| Дата заболевания | Наименование заболевания | Наименование учреждения | Подпись врача |
|---|---|---|---|
| | | | |
| | | | |
| | | | |
| | | | |
| | | | |
| | | | |

## 2. Прививки против туберкулёза.

| Дата заболевания | Наименование и доза препарата | Наименование учреждения | Подпись врача |
|---|---|---|---|
| | | | |
| | | | |
| | | | |
| | | | |
| | | | |
| | | | |
| | | | |
| | | | |
| | | | |
| | | | |
| | | | |

## 15. Серологические исследования на напряжённость иммунитета.

| Дата проведения | Наименование инфекции | Результат титр | Наименование учреждения | Подпись врача |
|---|---|---|---|---|
| | | | | |
| | | | | |
| | | | | |
| | | | | |
| | | | | |
| | | | | |
| | | | | |
| | | | | |
| | | | | |
| | | | | |
| | | | | |
| | | | | |
| | | | | |
| | | | | |
| | | | | |
| | | | | |
| | | | | |
| | | | | |

## 15. Серологические исследования на напряжённость иммунитета.

| Дата проведения | Наименование инфекции | Результат титр | Наименование учреждения | Подпись врача |
|---|---|---|---|---|
| | | | | |
| | | | | |
| | | | | |
| | | | | |
| | | | | |
| | | | | |
| | | | | |
| | | | | |
| | | | | |
| | | | | |
| | | | | |
| | | | | |
| | | | | |
| | | | | |
| | | | | |
| | | | | |
| | | | | |
| | | | | |

## 14. Введение иммуноглобулинов и сывороток.

| Дата проведения | Наименование и доза препарата | Наименование учреждения | Подпись врача |
|---|---|---|---|
| | | | |
| | | | |
| | | | |
| | | | |
| | | | |
| | | | |
| | | | |
| | | | |
| | | | |
| | | | |
| | | | |
| | | | |
| | | | |
| | | | |
| | | | |
| | | | |
| | | | |
| | | | |

## 14. Введение иммуноглобулинов и сывороток.

| Дата проведения | Наименование и доза препарата | Наименование учреждения | Подпись врача |
|---|---|---|---|
| | | | |
| | | | |
| | | | |
| | | | |
| | | | |
| | | | |
| | | | |
| | | | |
| | | | |
| | | | |
| | | | |
| | | | |
| | | | |
| | | | |
| | | | |
| | | | |
| | | | |
| | | | |

## 3. Плановая аллергодиагностика туберкулёза (R – манту)

| Дата проведения | Дата проверки | Результат | Наименование учреждения | Подпись врача |
|---|---|---|---|---|
| | | | | |
| | | | | |
| | | | | |
| | | | | |
| | | | | |
| | | | | |
| | | | | |
| | | | | |
| | | | | |
| | | | | |
| | | | | |
| | | | | |
| | | | | |
| | | | | |
| | | | | |
| | | | | |
| | | | | |
| | | | | |
| | | | | |

## 3. Плановая аллергодиагностика туберкулёза (R – манту)

| Дата проведения | Дата проверки | Результат | Наименование учреждения | Подпись врача |
|---|---|---|---|---|
| | | | | |
| | | | | |
| | | | | |
| | | | | |
| | | | | |
| | | | | |
| | | | | |
| | | | | |
| | | | | |
| | | | | |
| | | | | |
| | | | | |
| | | | | |
| | | | | |
| | | | | |
| | | | | |
| | | | | |
| | | | | |
| | | | | |

## 4. Прививки против коклюша, дифтерии, столбняка.

| Дата проведения | Наименование и доза препарата | Наименование учреждения | Подпись врача |
|---|---|---|---|
| | | | |
| | | | |
| | | | |
| | | | |
| | | | |
| | | | |
| | | | |
| | | | |
| | | | |
| | | | |
| | | | |
| | | | |
| | | | |
| | | | |
| | | | |
| | | | |
| | | | |
| | | | |
| | | | |

## 13. Прививки против других инфекций.

| Дата проведения | Наименование и доза препарата | Наименование учреждения | Подпись врача |
|---|---|---|---|
| | | | |
| | | | |
| | | | |
| | | | |
| | | | |
| | | | |
| | | | |
| | | | |
| | | | |
| | | | |
| | | | |
| | | | |
| | | | |
| | | | |
| | | | |
| | | | |
| | | | |
| | | | |
| | | | |


## 4. Прививки против коклюша, дифтерии, столбняка.

| Дата проведения | Наименование и доза препарата | Наименование учреждения | Подпись врача |
|---|---|---|---|
| | | | |
| | | | |
| | | | |
| | | | |
| | | | |
| | | | |
| | | | |
| | | | |
| | | | |
| | | | |
| | | | |
| | | | |
| | | | |
| | | | |
| | | | |
| | | | |
| | | | |
| | | | |
| | | | |

## 13. Прививки против других инфекций.

| Дата проведения | Наименование и доза препарата | Наименование учреждения | Подпись врача |
|---|---|---|---|
| | | | |
| | | | |
| | | | |
| | | | |
| | | | |
| | | | |
| | | | |
| | | | |
| | | | |
| | | | |
| | | | |
| | | | |
| | | | |
| | | | |
| | | | |
| | | | |
| | | | |
| | | | |
| | | | |

## 12. Прививки против гриппа.

| Дата проведения | Наименование и доза препарата | Наименование учреждения | Подпись врача |
|---|---|---|---|
| | | | |
| | | | |
| | | | |
| | | | |
| | | | |
| | | | |
| | | | |
| | | | |
| | | | |
| | | | |
| | | | |
| | | | |
| | | | |
| | | | |
| | | | |
| | | | |
| | | | |
| | | | |
| | | | |

## 5. Прививки против полиомиелита.

| Дата проведения | Наименование и доза препарата | Наименование учреждения | Подпись врача |
|---|---|---|---|
| | | | |
| | | | |
| | | | |
| | | | |
| | | | |
| | | | |
| | | | |
| | | | |
| | | | |
| | | | |
| | | | |
| | | | |
| | | | |
| | | | |
| | | | |
| | | | |
| | | | |
| | | | |
| | | | |


## 12. Прививки против гриппа.

| Дата проведения | Наименование и доза препарата | Наименование учреждения | Подпись врача |
|---|---|---|---|
| | | | |
| | | | |
| | | | |
| | | | |
| | | | |
| | | | |
| | | | |
| | | | |
| | | | |
| | | | |
| | | | |
| | | | |
| | | | |
| | | | |
| | | | |
| | | | |
| | | | |
| | | | |
| | | | |

## 5. Прививки против полиомиелита.

| Дата проведения | Наименование и доза препарата | Наименование учреждения | Подпись врача |
|---|---|---|---|
| | | | |
| | | | |
| | | | |
| | | | |
| | | | |
| | | | |
| | | | |
| | | | |
| | | | |
| | | | |
| | | | |
| | | | |
| | | | |
| | | | |
| | | | |
| | | | |
| | | | |
| | | | |
| | | | |

| Дата проведения | Наименование и доза препарата | Наименование учреждения | Подпись врача |
|---|---|---|---|
| **6. Прививки против гепатита В.** | | | |
| | | | |
| | | | |
| | | | |
| | | | |
| | | | |
| | | | |
| | | | |
| **7. Прививки против кори.** | | | |
| | | | |
| | | | |
| | | | |
| **8. Прививки против паротита.** | | | |
| | | | |
| | | | |
| | | | |
| **9. Прививки против краснухи.** | | | |
| | | | |
| | | | |
| | | | |

| Дата проведения | Наименование и доза препарата | Наименование учреждения | Подпись врача |
|---|---|---|---|
| **6. Прививки против гепатита В.** | | | |
| | | | |
| | | | |
| | | | |
| | | | |
| | | | |
| | | | |
| | | | |
| **7. Прививки против кори.** | | | |
| | | | |
| | | | |
| | | | |
| **8. Прививки против паротита.** | | | |
| | | | |
| | | | |
| | | | |
| **9. Прививки против краснухи.** | | | |
| | | | |
| | | | |
| | | | |

| **10. Прививки против туляремии.** | | | |
|---|---|---|---|
| Дата проведения | Наименование и доза препарата | Наименование учреждения | Подпись врача |
| | | | |
| | | | |
| | | | |
| | | | |
| | | | |
| **11. Проба с тулярином.** | | | |
| | | | |
| | | | |
| | | | |
| | | | |
| | | | |
| | | | |
| | | | |
| | | | |
| | | | |
| | | | |
| | | | |
| | | | |
| | | | |

| **10. Прививки против туляремии.** | | | |
|---|---|---|---|
| Дата проведения | Наименование и доза препарата | Наименование учреждения | Подпись врача |
| | | | |
| | | | |
| | | | |
| | | | |
| **11. Проба с тулярином.** | | | |
| | | | |
| | | | |
| | | | |
| | | | |
| | | | |
| | | | |
| | | | |
| | | | |
| | | | |
| | | | |
| | | | |
| | | | |
| | | | |