

**МІНІСТЕРСТВО ОХОРОНИ ЗДОРОВ'Я УКРАЇНИ
ДЕРЖАВНИЙ ЗАКЛАД «ДНІПРОПЕТРОВСЬКА
МЕДИЧНА АКАДЕМІЯ МОЗ УКРАЇНИ»**

Шостакович-Корецька Л.Р., Андрєєва І.А., Шевченко О.П.

Кабінет інфекційних захворювань: структура, функції та організація роботи

**Рекомендовано Державною установою
"Центральний методичний кабінет з
вищої медичної освіти МОЗ України" як
навчальний посібник для студентів вищих
медичних навчальних закладів III-IV
рівнів акредитації**

**м. Дніпропетровськ
2013**

УДК 614.253:616.9:65.015.12(07)
ББК 68.7+34.672+Я7
Ш 79

Рекомендовано Державною установою «Центральний методичний кабінет з вищої медичної освіти МОЗ України» як навчальний посібник для студентів вищих медичних навчальних закладів III-IV рівнів акредитації (протокол №2 від 04.06.2013 р. засідання комісії з медицини науково-методичної ради з питань освіти МОНмолодьспорту України)

Автори:

ШОСТАКОВИЧ-КОРЕЦЬКА Людмила Романівна, завідувач кафедри інфекційних хвороб Державного закладу «Дніпропетровська медична академія МОЗ України», доктор медичних наук, професор;

АНДРЕЄВА Ірина Анатоліївна, викладач кафедри мікробіології, вірусології, імунології та епідеміології Державного закладу «Дніпропетровська медична академія МОЗ України», кандидат медичних наук;

ШЕВЧЕНКО Ольга Петрівна, асистент кафедри інфекційних хвороб Державного закладу «Дніпропетровська медична академія МОЗ України», кандидат медичних наук.

Рецензенти:

Виноград Наталія Олексіївна, доктор медичних наук, професор, завідувач кафедри епідеміології Львівського національного медичного університету імені Данила Галицького;

Мороз Лариса Василівна, доктор медичних наук, професор, завідувач кафедри інфекційних хвороб Вінницького національного медичного університету ім. М.І. Пирогова;

Пришляк Олександра Ярославівна, доктор медичних наук, професор кафедри інфекційних хвороб та епідеміології Державного вищого навчального закладу «Івано-Франківський національний медичний університет».

Шостакович-Корецька, Л.Р.

Ш 79 Кабінет інфекційних захворювань: структура, функції та організація роботи: навч. посібник / Л.Р. Шостакович-Корецька, І.А. Андрєєва, О.П. Шевченко. – Дніпропетровськ: ВІДАР ТД, 2013. – 175 с.

У навчальному посібнику висвітлено організаційні питання надання кваліфікованої медичної допомоги інфекційним хворим. Детально розглянуто лікувально-діагностичну та профілактичну роботу, принципи диспансерного спостереження за реконвалісцентами інфекційних хвороб і пацієнтами з хронічною патологією, їх подальше обстеження та лікування в амбулаторних умовах для забезпечення належної якості життя. Значну увагу зосереджено на питаннях проведення первинних протиепідемічних заходів в осередку інфекційної хвороби. Надані основні функції та завдання лікарів кабінетів інфекційних захворювань (КІЗ), їх структура, штати та обладнання. Видання доповнене додатками з необхідними лікарю формами медичної документації, яка використовується під час медичного обслуговування населення, а також докладними інструкціями щодо їх заповнення.

Для студентів вищих медичних навчальних закладів III-IV рівня акредитації, лікарів-інтернів, доповнює матеріали підручників з даної тематики до занять з інфекційних хвороб та епідеміології згідно вимог навчальних програм, а також може застосовуватись для безперервної освіти інфекціоністів, епідеміологів, лікарів загальної практики - сімейної медицини та лікарів інших спеціальностей.

УДК 614.253:616.9:65.015.12(07)
ББК 68.7+34.672+Я7

© Шостакович-Корецька Л.Р., Андрєєва І.А.,
Шевченко О.П., 2013

© Видавець ТОВ «ВІДАР ТД», 2013

ЗМІСТ

ЗМІСТ	3
СПИСОК СКОРОЧЕНЬ	4
ВСТУП	5
ОРГАНІЗАЦІЯ РОБОТИ КАБІНЕТІВ ІНФЕКЦІЙНИХ ЗАХВОРЮВАНЬ	9
Штати та функції лікаря-інфекціоніста КІЗу	11
Обладнання кабінету інфекційних захворювань	12
Медична документація КІЗу	14
ВИДИ ДІЯЛЬНОСТІ КІЗУ	16
ОРГАНІЗАЦІЙНО-МЕТОДИЧНА РОБОТА	17
САНИТАРНО-ОСВІТНЯ РОБОТА	23
ЛІКУВАЛЬНО-ДІАГНОСТИЧНА РОБОТА.....	25
ОРГАНІЗАЦІЯ ДИСПАНСЕРНОГО СПОСТЕРЕЖЕННЯ ЗА РЕКОНВАЛЕСЦЕНТАМИ ТА ХВОРИМИ НА ХРОНІЧНІ ІНФЕКЦІЇ	33
Планування роботи КІЗу	58
ПИТАННЯ ДЛЯ КОНТРОЛЮ ЗАСВОЄННЯ ЗНАТЬ	61
ТЕСТОВІ ЗАВДАННЯ	62
БІБЛІОГРАФІЧНИЙ СПИСОК	73
ПРЕДМЕТНИЙ ПОКАЖЧИК	81
ДОДАТКИ	83
Додаток 1. Примірне положення про кабінет інфекційних захворювань	83
Додаток 2. Форми первинної облікової документації кабінету інфекційних захворювань	87
Додаток 3. Періоди заразності людини при деяких інфекційних хворобах (за В.І. Покровським, 2007)	125
Додаток 4. Тривалість інкубаційного періоду при деяких інфекційних хворобах (за В.І. Покровським, 2007)	127
Додаток 5. Заходи щодо хворих на інфекційні хвороби і осіб, які були з ними у контакті	129
Додаток 6. Порядок проведення щеплень.....	134
Додаток 7. Відомості про деякі імунобіологічні препарати.....	153
Додаток 8. Порядок проведення реєстрації аварій при наданні медичної допомоги ВІЛ-інфікованим та роботі з ВІЛ-інфікованим матеріалом	162
Додаток 9. Порядок проведення добровільного консультування і тестування на ВІЛ-інфекцію	168
Додаток 10. Витяг з наказу Міністерства охорони здоров'я України № 388 від 11.05.2010 р. «Про удосконалення діагностики ВІЛ-інфекції».....	173

СПИСОК СКОРОЧЕНЬ

АлАТ – аланінамінотрансфераза

АРТ – антиретровірусна терапія

ВААРТ – високоактивна антиретровірусна терапія

ВООЗ – Всесвітня організація охорони здоров'я

ВІЛ – вірус імунодефіциту людини

ВІЛ-інфекція – хвороба викликана вірусом імунодефіциту людини

ГРВІ – гострі респіраторні вірусні інфекції

ДНК – дезоксирибонуклеїнова кислота

ДСЕС – територіальні органи Державної санітарно-епідеміологічної служби

України, області, міста чи району (Держсанепідслужби)

ЕКГ – електрокардіограма

КІЗ – кабінет інфекційних захворювань

МКХ-10 – міжнародна класифікація хвороб 10-го перегляду

МОЗ – міністерство охорони здоров'я

ПЛР – полімеразна ланцюгова реакція

СНІД – синдром набутого імунодефіциту

УЗД – ультразвукове дослідження

ВСТУП

Успіхи медичної науки і практики в збереженні здоров'я населення дозволили в новому тисячолітті сформувані основні принципи охорони здоров'я людей, підвищення якості життя та збільшення його тривалості. У 2000 р. Європейським регіональним бюро Всесвітньої організації охорони здоров'я (ВООЗ) був прийнятий документ «Здоров'я-21: Основи політики досягнення здоров'я для всіх у Європейському регіоні ВООЗ», де у завданні 7 поставлена мета: «До 2020 року повинно відбутися значне скорочення поширеності інфекційних захворювань за рахунок виконання систематичних програм з часткової та повної ліквідації, а також боротьби з інфекційними захворюваннями, що складають проблему для охорони здоров'я суспільства». В таких умовах одним з найважливіших пріоритетів охорони здоров'я є питання підготовки лікарів як безперервний освітній процес, спрямований на поглиблення й підвищення якості професійних знань, умінь і навичок.

Рання діагностика інфекційних хвороб – важливе завдання лікарів будь-якої спеціальності, особливо в первинній ланці організації охорони здоров'я. Від того, наскільки добре вони знають семіотику і вміють запідозрити інфекційну хворобу, часто залежить не тільки її клінічний перебіг, розвиток ускладнень але й подальше поширення серед населення [1, 4].

Важкість виконання цього завдання обумовлена рядом об'єктивних причин. Насамперед слід підкреслити, що інфекційний процес, в основі якого лежить взаємодія макро- і мікроорганізмів у певному природному і соціальному середовищі, характеризується розмаїтістю варіантів перебігу та клінічних проявів [2].

Досить важливе значення має прискорення еволюції інфекційних хвороб, яке обумовлено, з одного боку, успіхами науки і практичної охорони здоров'я, поліпшенням матеріально-побутових умов населення, рухом за здоровий спосіб життя, збільшенням віку людей, а з іншого - негативними наслідками цивілізації, науково-технічного прогресу і соціальними прорахунками (погіршення екологічних умов, урбанізація населення, економічний спад, нераціональне харчування, поширення алкоголізму тощо) [5,6,7]. У зв'язку з масовою імунізацією, порушенням

календаря щеплень та появи неімунного, сприйнятливого прошарку населення, деякі поширені інфекційні хвороби дітей почали частіше виявлятися у старшому віці. Різко почастишали алергічні реакції, перебіг яких супроводжується висипкою, гарячкою, дисфункціями травного каналу, що дуже нагадує клінічну картину інфекційних хвороб [9,10]. Зараз, в епоху Інтернету та безперешкодного доступу до будь-якої медичної літератури, багато хворих займаються безконтрольним самолікуванням хіміопрепаратами. Це в свою чергу змінює перебіг інфекційної хвороби, сприяє формуванню стійких до лікарських засобів форм збудників з відповідними клінічними та епідеміологічними наслідками [11,13].

Діагностичні можливості, в плані лабораторного обстеження, на догоспітальному етапі досить обмежені. На встановлення діагнозу, хоча б попереднього, відводиться обмаль часу. Необхідно рахуватися, також, з тим, що лікарі загальної практики (терапевти) мають обмежену підготовку з інфекційних хвороб. Обумовлено це насамперед тим, що викладання інфекційних хвороб для студентів у вищих медичних навчальних закладах, як правило, ведеться лише на базі інфекційних стаціонарів та навчальна програма має обмаль часу щодо конкретних дій лікаря на догоспітальному етапі. На жаль, ще побутує думка, в тому числі й серед керівників практичної охорони здоров'я, що нібито вже недалекий той час, коли інфекційні хвороби будуть повністю ліквідовані. Проте, рівень інфекційної захворюваності залишається високим, багато інфекцій в епідеміологічному відношенні ще не керовані і мають масовий характер (грип та інші гострі респіраторні вірусні інфекції (ГРВІ), стрептококові та стафілококові інфекції, вірусні гепатити та ін.). Обґрунтовану стурбованість викликає глобальне поширення ВІЛ-інфекції, що загрожує самому існуванню людства [15].

Поява інфекційного хворого може свідчити про свіже занесення інфекції в колектив. Оскільки джерелом її служить переважно заражений організм людини чи тварини, важливо знати епідеміологічну та епізоотологічну ситуацію, вміло використовувати дані епідеміологічного дослідження для розкриття епідемічного процесу, в якому окрім хворих із маніфестними формами хвороби дуже часто беруть участь особи з субклінічним перебігом інфекції. При контакті з інфікованими тваринами людина начебто випадково втягується в епізоотичний процес. Внаслідок цього, при діагностиці інфекційних

хвороб від лікаря вимагається ширше, ніж власне клінічне мислення. Знаючи закони епідеміології, можна визначити місце і роль виявленого хворого в епідемічному процесі [16].

Система надання допомоги інфекційним хворим у нашій країні є такою:

- первинна ланка: сімейний лікар, дільничний терапевт і лікар швидкої допомоги;
- кабінет інфекційних захворювань (КІЗ) у поліклініці;
- спеціалізований інфекційний стаціонар.

Найважливішою є перша ланка надання допомоги інфекційним хворим - сімейний лікар (дільничний терапевт). Лікар загальної практики, який першим зустрічається з хворим, повинен ретельно зібрати анамнез хвороби, епідеміологічний анамнез і анамнез життя, провести повноцінний огляд пацієнта. Комплекс цих даних визначає ранню діагностику і, за необхідності, невідкладну медичну допомогу на первинному етапі. Для безпеки оточуючих хворого людей, необхідне кваліфіковане проведення протиепідемічних заходів. Тому, для надання спеціалізованої допомоги інфекційним хворим, функціонує структурний підрозділ поліклініки – кабінет інфекційних захворювань. Після завершення лікування в інфекційному стаціонарі, хворий знову звертається до сімейного лікаря або дільничного терапевта, і тому ці етапи носять замкнутий характер. В окремих випадках система доповнюється лікуванням у реабілітаційних центрах, у тому числі, й у санаторіях [11,13,75].

КІЗи організовані при поліклініках з 1960 року. Вони утворені на базі кабінетів кишкових інфекцій, які були організовані у 1946 році, як консультативно-методичні центри для надання допомоги дільничним лікарям в питаннях діагностики та лікування кишкових захворювань [14].

На сучасному етапі **основними завданнями КІЗу** є:

- забезпечення раннього активного виявлення інфекційних хворих, надання їм невідкладної допомоги та, за необхідності, своєчасна госпіталізація в інфекційний стаціонар;
- кваліфікована діагностика, обстеження і лікування в амбулаторно-поліклінічних умовах хворих на інфекційні та паразитарні захворювання, які не потребують обов'язкової госпіталізації;

- реабілітація і диспансеризація перехворілих інфекційними захворюваннями в умовах поліклініки;
- проведення організаційно-методичної роботи (аналіз інфекційної захворюваності, рівня діагностики, летальних випадків);
- участь у профілактичній роботі (заходи в осередках, контроль за проведенням щеплень відповідно до плану, санітарно-освітня робота).

У навчальному посібнику висвітлено організаційні питання, які є незамінними в наданні належної допомоги інфекційним хворим. Детально розглянуто лікувально-діагностичну та профілактичну роботу, принципи диспансерного спостереження за реконвалесцентами інфекційних хвороб і пацієнтами з хронічною інфекційною патологією, їх подальше обстеження та лікування в амбулаторних умовах для забезпечення належної якості життя. Значну увагу зосереджено на питаннях проведення первинних протиепідемічних заходів в осередку інфекційної хвороби. Чітко подані основні функції та завдання лікарів кабінетів інфекційних захворювань, їх структура, штати та обладнання.

Особливої уваги заслуговують запропоновані авторами до вивчення затвердені наказами форми медичної документації, які використовуються під час медичного обслуговування населення, а також докладні інструкції щодо їх заповнення.

Навчальний посібник розрахований на студентів старших курсів вищих медичних навчальних закладів III-IV рівня акредитації, доповнює матеріали підручників з даної тематики до занять з інфекційних хвороб та епідеміології згідно вимог навчальних програм, а також, може застосовуватись при безперервній освіті лікарів-інтернів, клінічних ординаторів, лікарів-інфекціоністів, лікарів-епідеміологів і лікарів загальної практики та сімейної медицини, а також, для інших зацікавлених медичних фахівців (організаторів охорони здоров'я, терапевтів, педіатрів та ін.).

ОРГАНІЗАЦІЯ РОБОТИ КАБІNETІВ ІНФЕКЦІЙНИХ ЗАХВОРЮВАНЬ

Штати та функції лікаря-інфекціоніста КІЗу

Будь-який інфекційний хворий у заразний період являє собою потенційну небезпеку зараження здорових людей. Нерідко виділення збудника починається наприкінці інкубації. Найбільша заразливість припадає на початковий період і розпал хвороби. Тому, що раніше вдається діагностувати інфекційне захворювання, то швидше можна здійснити дієві протиепідемічні заходи і припинити поширення інфекції. Звичайно, ідеальним було б запідозрити інфекційну хворобу в інкубаційний період. Однак на сучасному рівні знань і лабораторної діагностики це завдання є нереальним. Крім епідеміологічного значення, раннє розпізнавання інфекційних хвороб має принципову клінічну вартість, бо дає змогу своєчасно розпочати лікування і, цим самим, запобігти важчому їх перебігу і ускладненням, домогтися швидшого видужання.

Серед загалу інфекційних хворих переважають особи зі стертою, легкою й атиповою формами інфекції. Якщо в стаціонарі зосереджуються переважно хворі з яскравою клінічною картиною, то на лікарській дільниці і амбулаторному прийомі, навпаки, буває багато осіб з атиповими і стертими проявами інфекційного процесу. До того ж, інфекційні хворі звертаються за допомогою у потоці пацієнтів з дуже різноманітною патологією, клінічна симптоматика якої може бути подібною. Гострим інфекціям властивий виражений динамізм симптомів, між тим лікарський нагляд в умовах поліклініки обмежений короткочасною зустріччю [11].

Для ефективної діагностики, терапії та профілактики інфекційних хвороб в умовах поліклініки (медично-санітарної частини) чи центральної районної лікарні діють кабінети інфекційних захворювань.

Кабінет інфекційних захворювань – підрозділ поліклініки або центральної районної лікарні, призначений для надання консультативно-діагностичної та лікувальної допомоги інфекційним хворим, здійснення диспансерного нагляду за реконвалесцентами, хворими з хронічними інфекціями й носіями збудників інфекції, а також, для проведення організаційно-методичної й санітарно-освітньої і профілактичної роботи (див. Додаток 1) [14].

Штати КІЗу встановлюються залежно від об'єму роботи, відповідно до кількості лікарів, середнього і молодшого персоналу, наданих установі згідно штатного розкладу, залежно від чисельності населення, яке обслуговує лікувальний заклад. КІЗ створюють із розрахунку 1 кабінет на 17 тис. дорослих людей. Згідно з нормативами, на 10 тис. осіб дорослого міського населення виділяють по 0,2 посади лікаря-інфекціоніста, медичної сестри і санітарки. У складі КІЗу може функціонувати денний гельмінтологічний стаціонар; у такому випадку кількість посад у КІЗі може бути збільшеною адміністрацією поліклініки чи амбулаторії на величину потужності штатів зазначеного стаціонару.

Допускається диференційований підхід до визначення кількості лікарських посад у КІЗі залежно від розміщення останніх; у цих випадках визначення розрахункової кількості лікарських посад у КІЗі в тій чи іншій поліклініці проводиться за такою методикою. Показник, що відповідає дислокації КІЗу, множиться на чисельність населення і ділиться на 10000. Отриманий таким чином результат і є належна кількість лікарських посад. При цьому отримані цифри від 0,113 до 0,37 округляються до 0,25; від 0,38 до 0,62 – до 0,5; від 0,63 до 0,87 – до 0,75; понад 0,86 – до 1,0 [17,33,38,84].

Очолює кабінет висококваліфікований лікар-інфекціоніст, який отримав спеціальну підготовку (інтернатура, удосконалення, ординатура, стажування на робочому місці тощо) та має досвід роботи в інфекційному стаціонарі. Лікар кабінету підпорядковується головному лікарю поліклініки (або лікарні) і є фактично його заступником у питаннях організації надання медичної допомоги інфекційним хворим [72]. На нього можуть бути покладені обов'язки старшого районного інфекціоніста. Методичне керівництво роботою КІЗу здійснюється головним інфекціоністом і організаційно-методичним відділом відповідної територіальної інфекційної лікарні або центром з профілактики та боротьби з інфекційними захворюваннями (у великих містах) [75,76].

КІЗи покликані здійснювати організаційно-методичне керівництво і лікувально-профілактичні заходи, спрямовані на боротьбу з інфекційними хворобами на території дії поліклініки [77].

Функції лікаря-інфекціоніста КІЗу такі:

- ✓ Організація лікування амбулаторних інфекційних хворих і доліковування реконвалесцентів після виписки зі стаціонару, контроль за їх клінічним та епідеміологічним одужанням.
- ✓ Диспансеризація хворих із хронічними інфекційними захворюваннями і носіїв інфекцій.
- ✓ Експертиза тимчасової непрацездатності інфекційних хворих.
- ✓ Консультативна допомога дільничним лікарям у виявленні й лікуванні інфекційних хворих, проведенні протиепідемічних заходів на дільниці.
- ✓ Сприяння підвищенню знань лікарів і середнього медичного персоналу поліклінік у галузі інфекційних хвороб.
- ✓ Складання спільно з територіальними органами Державної санітарно-епідеміологічної служби України, області, міста чи району (Держсанепідслужби = ДСЕС) комплексного плану боротьби з інфекційними хворобами й активна участь в його реалізації.
- ✓ Облік хворих і заразносіїв, аналіз динаміки інфекційної захворюваності, ефективності лікувально-діагностичної та профілактичної роботи, у тому числі щеплень на дільницях.
- ✓ Санітарно-гігієнічне виховання населення, ознайомлення його з основними методами запобігання інфекційним хворобам, їх виявлення і ліквідації.

Медична сестра КІЗу працює під керівництвом лікаря-інфекціоніста. Вона допомагає лікареві під час амбулаторного прийому, оформляє медичну документацію кабінету, веде облік диспансерних осіб, запрошує їх до лікаря на огляд у призначений термін, готує хворого до лабораторного та інструментального обстеження і, за необхідністю, виконує забір патологічного матеріалу (кров, сеча, випорожнення та ін.) у хворих та контактних для загальних, біохімічних, серологічних, бактеріологічних досліджень та ін., робить засів патологічного матеріалу на поживні середовища, проводить обробку інструментів у посівної та готує їх до подальшої стерилізації в автоклаві згідно санітарних норм та правил, бере участь у санітарно-гігієнічному вихованні хворих і всього населення [83].

Санітарка готує дезінфікуючі розчини, здійснює прибирання, поточну і заключну дезінфекцію приміщень і санвузла КІЗу, доставляє

матеріал у лабораторії і екстрені повідомлення в Держсанепідслужбу [78].

Обладнання кабінету інфекційних захворювань

Приміщення КІЗу повинне складатися із двох-трьох кімнат з окремим входом, роздягальною й санвузлом. Одна з кімнат є кабінетом лікаря, поряд - робоче місце медичної сестри. Необхідним оснащенням кабінету є меблі, шафи з інструментами, медикаментами, медичною документацією, методичною і науково-практичною літературою, інструкціями, наказами тощо. Можливе устаткування наказів, постанов, іншої літератури в окремих папках за нозологіями.

В іншій з кімнат розміщується обладнання, необхідне для проведення інструментальних дослідження, ректороманоскопії, забору матеріалу для бактеріологічного, вірусологічного і паразитологічного досліджень. Крім столів, стільців і кушетки, в цій кімнаті мають бути стерилізатор, холодильник і термостат, де тимчасово зберігаються штучні поживні середовища, матеріал від хворого і посіви перед відправленням до лабораторії, дезінфікуючі розчини. У холі чи кімнаті для очікування відвідувачі можуть ознайомитись із санітарним бюлетенем, листівками, пам'ятками та іншою популярною медичною літературою, присвяченою профілактиці, діагностиці й лікуванню інфекційних хвороб [50].

Згідно з табелем устаткування, в КІЗі є фонендоскоп, сфігмоманометр, термометри, шлункові й дуоденальні зонди, ректороманоскоп, шприци, голки, стерилізатори, шпателі, пінцети, ножиці, медичні меблі і посуд тощо. Устаткування кабінету вдосконалюють і поповнюють в міру розвитку науки і техніки, запитів практичної охорони здоров'я відповідно до рівня і структури інфекційної захворюваності. Враховуючи контингент пацієнтів і епідеміологічну ситуацію з захворюванням на парентеральні гепатити та ВІЛ-інфекцію, КІЗ забезпечують шприцами і голками одноразового користування.

Персонал КІЗу зобов'язаний суворо дотримуватися правил особистої профілактики, мати охайний вигляд. Перед початком роботи треба одягнути медичний халат, шапочку (косинку) і тапочки з щільного матеріалу. Під час епідемії грипу слід користуватись

марлевою чи одноразовою маскою, яка повинна щільно прилягати до обличчя, закриваючи ніс і рот, заміна маски повинна проводитись кожні 4 години. Після кожної процедури треба мити руки з милом чи обробляти дезінфікуючим розчином [77].

Поточну дезінфекцію приміщень і санвузла КІЗу проводять щоденно перед початком і наприкінці робочого дня із застосуванням 0,5 % освітленого розчину хлорного вапна чи іншого дезінфектанту. Так само дезінфікують клейонку оглядового столу після кожного хворого і клейончасті фартухи. Накінцівники клізм занурюють на 20-30 хв. у посуд з 0,5 % освітленим розчином хлорного вапна, потім промивають гарячою водою з милом і протягом 15 хв. кип'ятять у 2% розчині бікарбонату натрію. Використані мандрени і тубуси для ректоскопа, окуляр і волокнистий світловод слід обробляти за діючими інструкціями; халати, рушник та іншу білизну перед пранням замочують на 1 год. в 0,5 % розчині хлораміну чи освітленому розчині хлорного вапна. Ганчірки для вологого протирання знезаражують у названих розчинах чи 2 % розчині гіпохлориту кальцію протягом 1 год [78].

З метою профілактики парентерального зараження на ВІЛ-інфекцію та вірусними гепатитами важливо суворо дотримуватись правил обробки колючих інструментів згідно з діючими нормативними документами щодо методів, засобів, режимів дезінфекції та стерилізації виробів медичного призначення. Будь-яке ушкодження шкіри, слизових оболонок, медперсоналу забруднення їх біоматеріалом пацієнтів під час надання їм медичної допомоги кваліфікується як можливий контакт з матеріалом, який містить ВІЛ [21,44,45,74]. Тому, згідно з наказами та «Інструкції з профілактики внутрішньолікарняного та професійного зараження ВІЛ-інфекцією» у кабінеті є аптечка для надання термінової медичної допомоги медичним працівникам та технічному персоналу лікувально-профілактичних закладів та «Журнал реєстрації аварій при наданні медичної допомоги ВІЛ-інфікованим та роботі з ВІЛ-інфікованим матеріалом» (Форма № 108-0 1 / 0) (Див. Додаток 7) [58,59].

Медична документація КІЗу

Для обліку роботи і складання звітів у всіх КІЗах країни ведеться уніфікована медична документація, затверджена Міністерством охорони здоров'я (Наказ №1 від 10.01.2006 р. "Про затвердження форм первинної облікової документації з інфекційної, дерматовенерологічної, онкологічної захворюваності та інструкцій щодо їх заповнення", Наказ № 110 від 14.02.2012 р. "Про затвердження форм первинної облікової документації та інструкцій щодо їх заповнення, що використовуються у закладах охорони здоров'я незалежно від форми власності та підпорядкування" [18,19].

Є такі найважливіші форми облікової документації (див. Додаток 2):

- «Екстрене повідомлення про інфекційне захворювання, харчове, гостре професійне отруєння, незвичайну реакцію на щеплення» (ф. № 058/о);
- «Журнал обліку інфекційних захворювань» (ф. № 060/о);
- «Талон для реєстрації заключних (уточнених) діагнозів» (ф. № 025-2/о);
- «Медична карта амбулаторного хворого» (ф. № 025/о);
- «Журнал реєстрації амбулаторних хворих» (ф. № 074/о);
- «Журнал амбулаторного прийому лікарем кабінету інфекційних захворювань» (ф. № 061/о);
- «Книга запису викликів лікарів додому» (ф. 031/о);
- «Карта профілактичних щеплень» (ф. № 063/о);
- «Журнал обліку профілактичних щеплень» (ф. № 064/о);
- «Контрольна карта диспансерного нагляду» (для КІЗів) (ф. № 030/о).

Звітних форм є три:

- «Звіт про рух захворювань на грип та інші гострі респіраторні інфекції» (ф. 85-грип);
- «Звіт про профілактичні щеплення» (ф. 86/о);
- «Звіт про профілактичні заходи» (ф. 87-лік).

Звіт про рух інфекційної захворюваності складається лікарем кабінету інфекційних захворювань кожного місяця і представляється в Держсанепідслужбу. Якщо у поліклініці окремо немає лікаря-імунолога, то за роботою кабінету щеплень, кількістю вакцинованих

осіб та поствакцинальних реакцій спостерігає лікар-інфекціоніст [85]. Ведеться облік осіб, які підлягають планової вакцинації як серед дітей, так і дорослих згідно «Календаря щеплень». Дані про профілактичну роботу, що проводяться у поліклініках (амбулаторіях), включаючи звіт про профілактичні щеплення, представляються в ДСЕС раз у квартал [33,43].

Крім того, доцільно вести журнал реєстрації осіб, що прибули з місцевостей, неблагополучних щодо малярії, карантинних інфекцій, і журнал витрат безоплатних ліків і профілактичних препаратів [22,71,73].

Види діяльності КІЗу

У діяльності КІЗу розрізняють організаційно-методичну, санітарно-освітню, лікувально-діагностичну і диспансерну роботу. При організації роботи кабінету виділяється час для прийому відвідувачів, для роботи з реконвалесцентами й особами, що перебувають під диспансерним спостереженням. Повинен бути передбачений час для надання консультативної допомоги як у домашніх умовах, так і в неінфекційних стаціонарах. Так, лікарю КІЗу на обслуговування хворих виділяється не менше 65% робочого часу (з розрахунку навантаження трое хворих за 1 годину прийому), на організаційно-методичну роботу – не більше 25%, інші види робіт – не більше 10% робочого часу. Для консультації вдома на 1 хворого виділяється до 1 години. Доцільно робочий час поділити за видами робіт, виділяючи для кожного з них фіксовані години. У графіку роботи необхідно передбачити чергування ранішніх і вечірніх годин прийому відвідувачів, що дозволяє повніше задовольнити потребу населення в даному виді медичної допомоги. У години, відведені для роботи з хворими, необхідно також виділяти окремо час для прийому пацієнтів з гострими інфекціями (консультативно-діагностичний прийом), а також для прийому реконвалесцентів і диспансерного контингенту. Незважаючи на умовність такого поділу, бажано вказувати час прийому останніх категорій, орієнтуючи їх на кінець прийому (див. Додаток 1).

Проведення організаційно-методичної й санітарно-просвітньої роботи здійснюється разом із територіальними органами Державної санітарно-епідеміологічної служби. Організаційно-методична робота включає систематичний облік хворих інфекційними й паразитарними хворобами, а також носіїв збудників заразних хвороб, яких реєструють у спеціальному журналі на підставі екстрених повідомлень про інфекційні хвороби, що направляють у ДСЕС. Лікар кабінету постійно аналізує інфекційну захворюваність і оцінює ефективність профілактичних заходів, проводить заняття з дільничними лікарями, розбирає діагностичні помилки й дефекти в організації допомоги інфекційним хворим. Він надає методичну допомогу медичним працівникам поліклінік, амбулаторій сімейної медицини і здравпунктів у проведенні планових профілактичних щеплень, гігієнічного

виховання населення, а також профілактичних заходів в осередках інфекції (шигелюзу, черевного тифу, вірусних гепатитів та ін.). Важливе значення має здійснення медичного спостереження за громадянами, які повертаються з ендемічних щодо карантинних і тропічних інфекцій країн.

Лікувально-діагностична робота включає: активне, своєчасне й повне виявлення інфекційних хворих і носіїв збудників, їх лікування й, при необхідності, госпіталізацію. Рання діагностика маніфестних форм ґрунтується на даних клінічної картини хвороб; виявлення носіїв збудників - на лабораторних методах досліджень. Лікар кабінету надає консультативну допомогу дільничним, сімейним лікарям, лікарям здравпунктів і неінфекційних стаціонарів. У неясних випадках, що супроводжуються лихоманкою, широко використовується провізорна госпіталізація й уточнення діагнозу в умовах інфекційного стаціонару з використанням лабораторних і інструментальних методів дослідження. Лікар кабінету разом з дільничними, сімейними лікарями організує лікування вдома хворих деякими інфекційними хворобами при неважкому перебігу й можливості ізоляції (наприклад, грип, гострі респіраторні вірусні інфекції), а також, санацію носіїв збудників при ряді інфекцій (див. Додаток 3 та Додаток 4).

Лікар кабінету організує й проводить диспансерне спостереження за перехворілими гострими інфекційними хворобами й за хворими хронічними формами інфекційних хвороб. Метою диспансерного спостереження є попередження рецидивів, загострень хвороби й переходу її в хронічні форми, своєчасна діагностика рецидивів і хронічного перебігу, виявлення носіїв збудників (див. Додаток 5).

Крім того, лікар КІЗу зобов'язаний проводити експертизу тимчасової втрати працездатності відповідно до положення про експертизу, а також, якісно і своєчасно вести медичну документацію, затверджені обліково-звітні форми і складати звіт про свою діяльність.

Організаційно-методична робота

Організаційно-методична робота полягає в організації виявлення та обліку інфекційних хворих, протиепідемічних заходів, підвищення кваліфікації лікарів суміжних спеціальностей, санітарної освіти населення, складанні звітів за визначеними формами.

Лікар КІЗу зобов'язаний організувати роботу дільничних чи сімейних лікарів для ранньої діагностики інфекційних хвороб, у тому числі паразитарних, і заразосійства без будь-яких клінічних проявів. Для цього широко застосовують сучасні методи фізикального, генетичного, бактеріологічного, вірусологічного, паразитологічного, серологічного, інструментального та інших видів досліджень. Особливо важливим є контроль за своєчасним обстеженням хворих з довготривалою гарячкою, а також, осіб, які мають дисфункцію шлунково-кишкового тракту, хронічні захворювання сечо- і жовчовивідних шляхів. Дані про наявність таких хворих дільничні лікарі чи лікарі загальної практики передають у КІЗ (вже на 4-ту добу гарячки при невстановленому діагнозі).

Про кожен виявлений випадок інфекційного захворювання чи підозру на нього лікар сповіщає у санітарно-епідеміологічну службу. Щоб забезпечити оперативність і надійність інформації, останню передають негайно по телефону, наприклад, у центральний диспетчерський пункт, а потім надсилають письмове термінове повідомлення згідно з обліковою формою «Екстрене повідомлення про інфекційне захворювання, харчове, гостре професійне отруєння, незвичайну реакцію на щеплення» (ф. №058/о). Виняток складають такі масові захворювання, як грип та інші ГРВІ, реєстрація яких обмежена статистичними талонами (ф. № 025-2/о), що зберігаються в поліклініці чи амбулаторії терміном 1 рік після звітнього періоду. Облік захворювань і випадків заразосійства проводять за місцем їх виявлення незалежно від адреси проживання хворого чи носія.

Медична сестра кабінету реєструє кожного хворого і заразосія в журналі обліку інфекційних захворювань (ф. №060/о). До цього журналу вносять, також, дані про хворих з невстановленим діагнозом і з гарячкою тривалістю понад 3 дні. У поліклініках з невеликим об'ємом роботи достатньо мати один журнал такої форми, в якому на кожне захворювання відводяться окремі сторінки. У великих поліклініках на поширені хвороби можуть бути заведені окремі журнали. В окремому журналі слід реєструвати хворих на гельмінтози на підставі даних, отриманих з лабораторії поліклініки та Держсанепідслужби (див. Додаток 2).

На підставі цих журналів і статистичних талонів для реєстрації заключних діагнозів, лікар КІЗу один раз у місяць складає звіт про рух

інфекційних хворих на грип та інші гострі респіраторні інфекції (під час епідемії грипу - щоденно), щомісячно складає схему епідемічного розповсюдження гепатиту А, кору, паротитної інфекції, тощо в місті та районі, один раз на квартал складане "Звіт про профілактичні заходи", річний звіт про діяльність кабінету.

Лікар КІЗу повинен постійно проводити аналіз захворюваності на інфекційні та паразитарні хвороби та ефективності профілактичних заходів як у поліклініці в цілому, так і на окремих ділянках, висуваючи їх на обговорення на лікарських конференціях у поліклініці чи амбулаторії. Систематичний зв'язок лікаря КІЗу з дільничними (сімейними) лікарями сприяє підвищенню їх кваліфікації, покращенню діагностики і, тим самим, - швидкому виявленню джерела збудника і можливих шляхів передачі. На підставі аналізу захворюваності та якісних змін профілактичних заходів, лікар КІЗу разом з епідеміологом ДСЕС вносить свої пропозиції щодо зниження інфекційної захворюваності, приймає активну участь в їх реалізації.

З кожним лікарем при прийомі на роботу, незалежно від спеціальності, необхідно провести бесіду про правила ведення та обстеження хворих з підозрою на інфекційну патологію, про правила її реєстрації тощо. Без такої бесіди лікар не повинен допускатися до роботи.

Лікар КІЗу проводить систематичну консультативну роботу, за необхідності оглядає хворих з дільничним терапевтом (сімейним лікарем). Для підвищення кваліфікації дільничних (сімейних) лікарів він організовує семінари, лекції, конференції з актуальних питань інфекційної патології. Поряд з цим, лікарю КІЗу доцільно проводити індивідуальні заняття з лікарями загальної практики в кабінеті інфекційних захворювань. Крім цього, лікар-інфекціоніст бере активну участь у лікарняно-поліклінічних конференціях з клінічним розбором допущених помилок у діагностиці та лікуванні інфекційних хвороб. На цих конференціях необхідно заслуховувати звіти дільничних (сімейних) лікарів і, особливо, у тих випадках, коли на території, що обслуговується, спостерігається ріст тієї чи іншої інфекційної патології, відзначається пізнє звернення хворих до лікаря. Постійно аналізуючи дефекти в організації роботи дільничних (сімейних) лікарів, лікар КІЗу має можливість постійно здійснювати лікувально-діагностичну роботу і профілактичну роботу в лікувально-профілактичному закладі.

Велике значення у зниженні інфекційної захворюваності мають профілактичні щеплення. У тісній співпраці з епідеміологом персонал КІЗу надає методичну допомогу дільничній службі поліклініки і медичним пунктам у плануванні та проведенні профілактичних щеплень населення згідно з календарним планом імунізації, а також вакцинації за епідемічними показаннями (див. Додаток 6). Важливо простежити за складанням списків осіб, які підлягають вакцинації, і визначенням термінів щеплень у різних установах і на підприємствах, виходячи з затвердженого міністерством охорони здоров'я календаря профілактичних щеплень, вікової структури населення та інших демографічних показників, конкретної епідеміологічної ситуації, імунологічних і клінічних даних.

Необхідно зазначити, що абсолютна більшість планових щеплень припадає на осіб дитячого віку. Здійснюють їх у кабінетах для щеплень дитячих поліклінік і сільських лікувальних закладах. Доросле населення імунізується силами поліклінік, сімейних амбулаторій, медико-санітарних частин, медичних пунктів, сільських дільничних амбулаторій і лікарень.

Питання про можливість імунізації конкретної людини у визначений час вирішують після ретельного обстеження з обов'язковою термометрією і врахуванням даних анамнезу (реакції на раніше проведені щеплення, перенесені захворювання, алергічні реакції та ін.). У разі необхідності проводять лабораторні дослідження. Протипоказання до проведення щеплень конкретною вакциною - регламентується інструкцією до застосування. Тимчасовими протипоказаннями є гострі інфекційні та неінфекційні захворювання, включаючи період реконвалесценції. Підставою для утримання від щеплень є, також, друга половина вагітності і годування груддю.

Після перенесення захворювання імунізацію можна здійснити не раніше ніж через 2 міс з моменту клінічного одужання. Осіб, які перехворіли на вірусний гепатит, дозволяється імунізувати лише через 6 міс після виписки зі стаціонару, на менінгококовий менінгіт - через 1 рік. Особам, інфікованим збудником туберкульозу, хворим на хронічні захворювання нервової системи, серцево-судинної, ендокринної системи, носових ходів, гортані, оточуючих їх структур, тощо - щеплення можна робити лише з дозволу відповідних спеціалістів.

КІЗ отримує безкоштовні імунологічні препарати для щеплення з територіальних органів Державної санітарно-епідеміологічної служби згідно з попередніми заявками. З метою контролю за використанням препаратів ведеться журнал їх надходження і витрат [65].

Лікар КІЗу інструктує лікарів і медсестер, яким доручено виконання щеплень, звертаючи особливу увагу на суворе дотримання правил вакцинації і запобігання виникнення несприятливих подій після імунізації. У частини вакцинованих можуть виникнути післявакцинальні реакції та ускладнення.

Реакції, зазвичай, виникають протягом першої доби після імунізації і тривають не довше ніж 48 год. Реакції можуть бути загальними і місцевими. Загальна реакція проявляється підвищенням температури тіла, нездужанням, кволістю, болем голови. Вона буває різної інтенсивності. Загальна реакція вважається слабкою, коли температура тіла не перевищує 37,5°C, середньої важкості - якщо досягає 38,5°C, важкою - при температурі тіла понад 38,5°C. Вакцину, яка спричинила сильні реакції у більше ніж 7% осіб, вважають реактогенною і далі не використовують [56].

Місцева реакція проявляється у вигляді гіперемії та набряку різної інтенсивності на місці введення препарату. Реакцію вважають слабкою, якщо діаметр гіперемії шкіри та інфільтрату не перевищує 2,5 см, середньою - від 2,5 см до 5 см, сильною - понад 5 см. Ступінь післявакцинальних реакцій залежить від реактивних властивостей препарату та від індивідуальної чутливості організму.

Реакції на вакцину в осіб, які не мають протипоказань до імунізації, після належного щеплення не носять патологічного характеру і не потребують лікування [56].

Якщо виникає виражена реакція на щеплення чи ускладнення, в індивідуальній карті амбулаторного хворого слід зазначити їх місцеві і загальні прояви, а також передбачувану причину з урахуванням тих захворювань і алергічних станів, які були під час проведення щеплення. На кожен випадок ускладнення подають екстрене повідомлення в Держсанепідслужбу (ф. №058/о). Для розслідування створюють комісію, до складу якої входять уповноважений представник Держсанепідслужби і лікар КІЗу. Згідно «Інструкції щодо організації епідеміологічного нагляду за несприятливими подіями після імунізації при застосуванні вакцин, анатоксинів та алергену туберкульозного»

(Наказ № 595 від 16.09.2011р. «Про порядок проведення профілактичних щеплень в Україні та контроль якості й обігу медичних імунобіологічних препаратів») запроваджено активний моніторинг за несприятливими подіями після імунізації, який передбачає, що лікувально-профілактичні заклади, які проводять щеплення, здійснюють облік реакцій, ускладнень та 1 раз на місяць подають узагальнені дані до територіальних органів Держсанепідслужби, навіть у разі відсутності за звітний період будь-яких несприятливих подій після імунізації (див. Додаток 6).

Проведення щеплень реєструють у індивідуальній «Карті профілактичних щеплень» (ф. № 063/о), «Медичній карті амбулаторного хворого» (ф. № 025/о) або «Історії розвитку дитини» (ф. №112/о) і спеціальному журналі - «Журнал обліку профілактичних щеплень» (ф. №064/о) (див. Додаток 2). Отримані від дільничних лікарів відомості лікар КІЗу узагальнює в щомісячному статистичному звіті - «Звіт про профілактичні щеплення» (ф. №86/о), кварталній і річній пояснювальних записках.

Завідуючий поліклінікою спільно з лікарем КІЗу несуть особисту відповідальність за раннє виявлення в умовах поліклініки карантинних та інших інфекційних хвороб, що мають міжнародне значення. До таких, згідно з міжнародною санітарною конвенцією, належать натуральна віспа, чума, холера, жовта гарячка, малярія та контагіозні геморагічні гарячки Ласса, Марбурга, Ебола, Мачупо (болівійська), Хунін (аргентинська), гарячка Західного Нілу, кримська геморагічна гарячка, спричинена вірусом Конго, гарячка Денге, поліомієліт, спричинений диким поліовірусом, грип, спричинений новим субтипом, SARS (ТГРС - тяжкий гострий респіраторний синдром), менінгококова хвороба [16,22]. За участю інфекціоніста проводиться систематичне навчання медичного персоналу поліклінік з діагностики цих інфекцій, а також тренувальні заняття з відпрацюванням практичних заходів на випадок виявлення хворого на чуму або холеру, з одяганням протичумного костюму, забором матеріалу від «умовного хворого». Лікар КІЗу повинен домагатися того, щоб кожен спеціаліст добре знав свої функціональні обов'язки, брати участь у роботі комісії, яка атестує медичних працівників з питань карантинних інфекцій. Крім того, до обов'язків лікаря КІЗу належить спостереження за наявністю і правильним зберіганням протиепідемічних засобів (захисного одягу,

дезінфікуючих розчинів, лабораторного посуду для забирання матеріалу від хворого чи підозрілого, медикаментів).

За вказівкою Держсанепідслужби лікар КІЗу проводить клінічне і лабораторне обстеження осіб, які прибули із країн, небезпечних щодо холери, чуми, жовтої гарячки, малярії, тропічних гельмінтозів. Прибулі з країн, де зараз реєструється холера, підлягають щоденному медичному спостереженню протягом 5 днів з часу приїзду. У випадку чуми спостереження триває 6 днів, при підозрі на геморагічні гарячки – 21 добу. Особи, які повернулись із тропічних країн, проходять лікарський огляд в КІЗі та лабораторне дослідження товстої краплі й тонкого мазку крові на присутність плазмодіїв малярії, мікрофілярій, спірохет, трипаносом; осаду сечі на яйця шистосом; калу на яйця гельмінтів і кишкові найпростіші. Цих хворих беруть на диспансерний облік на 2 роки і при кожному підвищенні температури тіла вище 37°C, їх обстежують на малярію і тифо-паратифозні захворювання.

Лікар КІЗу персонально відповідає за підготовку медичних працівників поліклініки згідно з програмою цивільної оборони на випадок застосування противником біологічної зброї. За участю інфекціоніста розробляються обов'язки посадових осіб поліклініки, правила внутрішнього розпорядку на випадок виявлення уражених, проводяться заняття з персоналом. Необхідно домагатися того, щоб лікарі й медсестри не лише знали основи діагностики штучно спричинених інфекцій, але й вміли кваліфіковано й оперативно вести відповідну протиепідемічну роботу. Разом з епідеміологом територіальної СЕС лікар КІЗу надає методичну допомогу дільничним (сімейним) лікарям щодо проведення профілактичних та протиепідемічних заходів в осередку інфекції. В епідемічному осередку, насамперед, здійснюється санітарно-роз'яснювальна робота серед населення щодо профілактики конкретної інфекційної хвороби.

Санітарно-освітня робота

Немає необхідності доводити важливість пропаганди медичних і гігієнічних знань у боротьбі з інфекціями. Відомо, що успіх у профілактиці інфекційних хвороб багато в чому залежить від систематичної і різносторонньої санітарно-освітньої роботи серед населення. Лікар КІЗу повинен не тільки брати безпосередню участь у

цій роботі, але й надавати методичну допомогу іншим спеціалістам. Санітарно-освітню роботу проводять, у першу чергу, в епідемічному осередку з хворими, реконвалесцентами і контактними особами. Зміст санітарної освіти необхідно пов'язати з конкретними епідеміологічними обставинами. Члени сім'ї та колективу, в яких виявлений інфекційний хворий або здоровий заразосій, повинні мати елементарні уявлення про природу даної інфекційної хвороби, її основні прояви і шляхи передачі. Успіх боротьби з інфекційними захворюваннями залежить від свідомої участі в ній широких верств населення.

Санітарно-освітня робота проводиться як серед осіб, які хворіли на інфекційні та паразитарні захворювання, так і серед бактерію- та паразитозосій; а через дільничну службу та амбулаторії – серед осіб, які знаходяться в оточенні хворого або реконвалесцента. Свідоме відношення хворих і реконвалесцентів до дотримання санітарно-гігієнічного режиму як щодо себе, так і оточуючих має велике протиепідемічне значення і скероване на запобігання поширення збудника хвороби. Широко і цілеспрямовано проведена санітарно-освітня робота сприяє більш ранньому виявленню хворих і вчасній їх госпіталізації, що попереджає поширення збудника хвороби. Необхідно зазначити, що рання госпіталізація хворих залежить від таких факторів: ефективності системи санітарної освіти, що знаходить відображення в ранньому зверненні хворих, і діяльності загальної лікувальної системи щодо активного їх виявлення.

Для санітарної пропаганди, проведення протиепідемічних та санітарно-оздоровчих заходів широко застосовують різноманітні форми санітарно-освітньої роботи з населенням:

- 1) організація випуску щомісячного санітарного бюлетеня в поліклініці;
- 2) підбір для відвідувачів науково-популярної літератури і пам'яток про боротьбу з інфекційними хворобами;
- 3) проведення бесід з хворими, реконвалесцентами, заразосіями, контактними та іншими особами;
- 4) виступи з лекціями перед населенням;
- 5) виступи по радіо, телебаченні і на сторінках місцевої преси та інтернет-видань;
- 6) підготовка санітарного активу до боротьби з інфекціями при несприятливій епідеміологічній ситуації.

При наданні методологічної допомоги медичним працівникам лікар КІЗу визначає актуальні теми санітарної освіти залежно від етіологічної структури і поширення інфекцій в даний час, а також рецензує тексти лекцій у своїй галузі і виступів різних спеціалістів.

Лікувально-діагностична робота

Лікувально-діагностична робота КІЗу полягає в ранньому активному виявленні інфекційних хворих і здорових бактеріо-, вірусо- і паразитозів, їх госпіталізації чи лікуванні вдома і в умовах поліклініки. Однак, у цій важливій роботі інфекціоніст поліклініки не повинен підмінювати дільничних лікарів, яким належить головна роль у розпізнанні інфекційних захворювань на закріплених за ними дільницях. Лікар КІЗу насамперед покликаний надавати іншим спеціалістам консультативну допомогу, сприяти підвищенню їх кваліфікації в галузі діагностики і лікування поширених інфекцій (див. Додаток 4 та Додаток 5).

Особливу увагу слід приділяти своєчасному обстеженню хворих з гарячкою, діареєю і висипкою на шкірі. Гарячкових хворих інфекціоніст має оглянути через 3 дні від початку захворювання, а якщо гарячка триває понад 5 днів, хворих обстежують на малярію і тифо-паратифозні захворювання та госпіталізують в інфекційний стаціонар. У разі погіршення епідеміологічної ситуації ці терміни можуть бути скорочені територіальними органами Державної санітарно-епідеміологічної служби. За необхідністю, згідно «Переліку захворювань, симптомів та синдромів, при яких пацієнту пропонуються послуги з добровільного консультування і тестування на ВІЛ-інфекцію при зверненні по медичну допомогу в закладах охорони здоров'я незалежно від підпорядкованості та рівнів надання медичної допомоги» та проведення «Інформованої згоди на проходження тесту на ВІЛ» хворих обстежують на ВІЛ (див. Додаток 8 та Додаток 9).

Якщо діагноз не викликає сумніву, інфекційного хворого направляє на стаціонарне лікування той лікар, який його виявив. При діагностичних ваганнях необхідна консультація інфекціоніста, проводять лабораторні та інструментальні дослідження. Слід мати на увазі, що за минулі десятиліття сталися значні зміни в структурі інфекційної патології. Відійшли в минуле натуральна віспа і тифи, різко

знизилась захворюваність на дифтерію, поліомієліт. В той же час залишається дуже високою захворюваність на грип та інші гострі респіраторні вірусні інфекції (ГРВІ), відмічається збільшення питомої ваги сальмонельозів, кишкового ерсиніозу, кампілобактеріозу, деяких інших інфекцій. У процесі еволюції, активного втручання людей в інфекційний процес, застосування антибіотиків, імунодепресантів, екологічних зрушень змінилась клінічна картина багатьох хвороб, циклічність їх перебігу. Поряд із клінічно визначеним перебігом інфекцій все частіше виникають стерті і субклінічні форми. Попри суттєві зміни в структурі і клінічному перебігу інфекційних хвороб, їх діагностика повинна, насамперед, ґрунтуватися на отриманні та відповідній оцінці клінічних і епідеміологічних даних.

Так, з'являються нові інфекційні хвороби, наприклад, ВІЛ-інфекція, пріонні інфекції, SARS тощо. Лікар загальної практики повинен знати так звані «малі ознаки» ВІЛ-інфекції – немотивована діарея, тривала гарячка більш одного місяця, швидке схуднення та таке ін.

У своїй роботі лікар КІЗу повинен постійно нагадувати дільничним (сімейним) лікарям про діагностичне значення ретельно зібраного епідеміологічного анамнезу і детального клінічного обстеження, а також застосування, за необхідності, різних лабораторних та інструментальних досліджень. Для своєчасного і повного виявлення інфекційних та паразитарних хворих, а, також, бактеріоносіїв і паразитоносіїв важливе значення мають ґрунтовний анамнез, вияснення епідеміологічних і екологічних особливостей та умов, в яких виникло захворювання. Суттєву допомогу в діагностиці надає пошук клінічних симптомів хвороби за допомогою загальноприйнятих методів розпитування, огляду, аускультації, перкусії і пальпації.

Полегшити трактування клінічної картини допомагає умовний поділ симптомів на вирішальні, опірні та навідні. За О. Ф. Білібіним, вирішальні ознаки притаманні лише одній хворобі (наприклад, плями Бельського – Філатова - Копліка при корі). Опірні симптоми - характерні для даної інфекції, але можуть спостерігатися і при деяких інших захворюваннях (наприклад, присутність слизу і крові в калі - «ректальний плювок» при шигельозі, «малинове желе» при амебіазі, при раку прямої кишки та деяких інших хвороб). Навідні симптоми – спостерігаються при багатьох хворобах і не мають самостійного

діагностичного значення (гарячка, головний біль, порушення апетиту, загальна слабкість тощо), однак, у сукупності, вони можуть створювати досить характерну клінічну картину.

На догоспітальному етапі, самі лише клінічні та епідеміологічні дані часто не дають можливості встановити нозологічний діагноз. При амбулаторному лікуванні використовують як загально-клінічні і допоміжні, так, і специфічні методи дослідження. Визначити рід і навіть вид збудника можна за допомогою класичних та сучасних методів дослідження. А саме, мікробіологічних (культурологічних, біологічних, мікроскопії), молекулярно-біологічного (полімеразно ланцюгової реакції – ПЛР), імунологічних та серологічних методів (імуноферментного аналізу - ІФА, імуноблоту, радіоімуного аналізу, експрес-діагностики: імунофлюоресцентного методу – ІФМ, імунохроматографічного методу, реакцій прямої та непрямой гемаглютинації – РПГА та РНГА, реакції зв'язування комплементу - РЗК тощо) і алергологічних проб. Частота позитивних результатів залежить від термінів, особливостей забору і транспортування матеріалу до лабораторії, чутливості та специфічності методу, техніки її виконання, які при різних інфекціях не однакові. На якість цієї роботи впливає, також, кваліфікація лікаря і медсестри КІЗу, консультативна допомога працівників лабораторій. Медсестра зобов'язана реєструвати всі аналізи в журналі й стежити за своєчасним отриманням відповідей. Так само, у сучасних умовах від кваліфікації лікаря залежить які специфічні та допоміжні (ультразвукове дослідження - УЗД, езофагофіброгастроскопія - ЄФГДС, рентгенограму, комп'ютерну томограму - КТ, магнітно-резонансну томографію - МРТ, пункційну біопсію) обстеження він призначить та зможе належно інтерпретувати отримані результати.

З інструментальних і апаратних методів в умовах поліклініки широко використовують рентгенологічні дослідження, ректороманоскопію, шлункове і дуоденальне зондування. В останні роки частіше почали застосовувати ендоскопію шлунка і кишок за допомогою волоконних світловодів, яку виконують відповідні спеціалісти. Лікар КІЗу повинен знати клінічні показання до застосування цих методів дослідження і методику підготовки хворих, вміти дати клінічну оцінку отриманих даних і використати останні для

диференціальної діагностики. Досвід засвідчує, що в складних випадках такі дослідження краще здійснити в стаціонарі.

Варто зазначити, що пацієнти з типовою клінічною картиною тієї чи іншої інфекційної хвороби, діагностика якої не викликає труднощів, у КІЗ не скеровуються. Вони підлягають госпіталізації в інфекційне відділення дільничним (сімейним) терапевтом або лікарем іншої спеціальності, який виявив хворого.

Виявленого інфекційного хворого, бактеріо- чи паразитозія необхідно якнайшвидше ізолювати. Найкращою формою ізоляції, без сумніву, є госпіталізація в інфекційний стаціонар, що дозволяє запобігти можливості розсіювання інфекції хворим і заразоносцем серед осіб із найближчого оточення і в зовнішньому середовищі. Негайна госпіталізація інфекційних хворих необхідна при чумі, холері, сибірці, сапі, сказі, висипному тифі, черевному тифі, паратифах А і В, дифтерії, менінгококовій інфекції, геморагічних гарячках Ласса, Ебола, Марбург тощо. При інших інфекційних хворобах необхідність госпіталізації визначається епідеміологічною ситуацією, житлово-побутовими умовами, особливістю клінічного перебігу хвороби та її прогнозом у кожному окремому випадку.

Обов'язковій госпіталізації підлягають такі категорії інфекційних хворих:

1. ті, хто живе у гуртожитках і незадовільних побутових умовах (велика скупченість, відсутність ізолюваного санвузла і т. ін.);
2. працівники харчових підприємств, водопостачання, дитячих і медичних закладів, та особи, які до них прирівнюються, а також діти, які відвідують дитячі дошкільні заклади (декретована група);
3. хворі, які проживають спільно з працівниками харчових підприємств або дітьми, що відвідують дошкільні заклади.

Інфекційного хворого госпіталізують на санітарному транспорті у супроводі медичної сестри чи фельдшера. В одному автомобілі слід перевозити лише одного хворого або кількох хворих з одного епідемічного осередку. Транспортувати разом двох і більше осіб з різними інфекціями забороняється, щоб запобігти взаємному зараженню. В дорозі необхідно забезпечити збирання харкотиння, блювотиння, калу чи сечі у відро (таз) із дезінфікуючим розчином. Аналогічні заходи необхідно передбачити у випадку перевезення хворого не на санітарному транспорті. Супроводжуючий повинен мати

з собою медикаменти та інструменти для надання невідкладної допомоги. Після рейсу транспорт дезінфікують, а супроводжуючий змінює медичний халат і шапочку, миє руки і лице теплою водою з милом. Якщо руки були забруднені виділеннями хворого, їх спочатку обробляють дезінфікуючим розчином, а потім миють господарським милом, згідно наказів та постанов.

Дуже важливим розділом роботи є виконання комплексу заходів в епідемічному осередку, спрямованих на його ліквідацію. Після госпіталізації інфекційного хворого в осередку силами Держсанепідслужби здійснюють заключну дезінфекцію і встановлюють нагляд. Лікар КІЗу організовує і контролює здійснення лікарями і медсестрами дільниць і медичних пунктів спостереження за особами, які контактували з інфекційними хворими за місцем проживання, роботи й навчання, проведення протиепідемічних і профілактичних заходів. Дільничний лікар записує в медичній карті амбулаторного хворого (ф. №025/о) прізвища всіх контактних осіб, план спостереження за ними і заходи профілактики.

За контактними особами спостерігають протягом максимального інкубаційного періоду, визначеного для діагностованої інфекційної хвороби та записують у спеціально заведену карту спостережень у осередку інфекції (див. Додаток 4 та Додаток 5). Проведення періодичних опитувань, оглядів, термометрій і лабораторних досліджень допоможе своєчасно розпізнати виникнення нових захворювань. Сучасні методи мікробіологічних та імунологічних досліджень дають змогу виявити осіб зі стертим і безсимптомним інфекційним процесом, здорових бактеріо-, вірусо- і паразитоносіїв.

Одним із дійових протиепідемічних заходів, є роз'єднання контактних. Роз'єднанню підлягають, в першу чергу, особи декретованих груп.

Цих осіб тимчасово не допускають до роботи і відвідання дитячих закладів. При карантинних інфекціях (чума, холера) застосовують крайню форму роз'єднання - ізоляцію контактних в окремих приміщеннях, інфекційних стаціонарах, провізорних госпіталях з призначенням обов'язкової превентивної терапії.

Дані про контактних осіб медична сестра заносить у спеціальний листок, де зазначає їхні прізвища, ім'я, по-батькові, вік, місце роботи, навчання, наявність чи відсутність важливих клінічних проявів

запідозрених інфекційних хвороб. Наприклад, у випадку вірусного гепатиту необхідно зазначити суб'єктивний стан, температуру тіла, забарвлення склер, слизової оболонки твердого піднебіння, під'язикової ділянки, шкіри, калу та сечі. Медсестра відвідує взятих на облік контактних осіб 1 раз на тиждень протягом 35 днів. За цей час їм роблять 2-3 дослідження активності АЛАТ у сироватці крові і наявності білірубину в сечі. При виявленні симптомів хворого повинен оглянути дільничний лікар, а у випадку підозри на вірусний гепатит - інфекціоніст, роблять також додаткові лабораторні дослідження.

В останні роки виявлено тенденцію до частішого лікування інфекційних хворих, бактеріо- і паразитозів вдома і в умовах поліклініки. Цьому сприяють підвищення культурного рівня населення, поліпшення санітарно-побутових умов, випуск ефективних лікарських засобів, наявність необхідних кадрів лікарів і медсестер.

Лікування інфекційних хворих вдома регламентується чисельними наказами, інструкціями і методичними рекомендаціями. Умовно можна виділити 3 групи показань до нього:

1. клінічні (легкий і в ряді випадків середньої важкості перебіг хвороби без ускладнень);
2. преморбідний фон і вік (відсутність серйозних супутніх захворювань, поєднання яких з інфекційною хворобою може погіршити прогноз одужання);
3. епідеміологічні (ізольована квартира, можливість проведення протиепідемічних заходів, недекретована група).

Дільничний лікар і медсестра зобов'язані дати кваліфіковані поради хворому та його родичам щодо загального режиму, дієтичного харчування, прийому ліків і процедур, подальшого обстеження і проведення протиепідемічних заходів. Частоту відвідування лікарем хворого визначають з урахуванням нозологічної форми інфекції і клінічних особливостей її перебігу. Крім переважної більшості хворих на грип та інші ГРВІ, на лікарських дільницях залишається частина хворих на харчові токсикоінфекції, шигельоз, сальмонельоз тощо.

Якщо інфекційний хворий чи заразосій залишається вдома, необхідно забезпечити проведення відповідного комплексу протиепідемічних заходів і створення умов, які б виключали ймовірність поширення інфекції. Так, для хворих з інфекційними захворюваннями дихальних шляхів виділяють окремі кімнати, які

необхідно періодично провітрювати і по можливості обробляти ультрафіолетовими променями кварцової лампи; харкотиння і виділення з носа збирають у закриту склянку або емальовану банку (плювальницю), які потім дезінфікують хлорним вапном або іншим дезінфектантом. Тим, хто доглядає за хворими, рекомендується надягати чотиришарову марлеву маску, яка б щільно закривала рот і ніс. У випадку кишкової інфекції важливо забезпечити якісну дезінфекцію випорожнень хворого і його посуду. Зрозуміло, що новим зараженням можна запобігти, якщо сам хворий і члени його сім'ї засвоять необхідний мінімум санітарно-гігієнічних знань і вмінь. Інструктаж, звичайно, проводить дільнична сестра після консультації в КІЗі. Факт проведення інструктажу оформлюється актом.

У кожному випадку захворювання лікар КІЗу повинен надавати консультативну допомогу щодо лікування і проводити систематичне спостереження за хворими та особами, з якими він проживає. Для лікування застосовуються сучасні засоби етіотропної, патогенетичної та симптоматичної терапії. У період реконвалесценції, коли хворому вже можна відвідувати поліклініку, подальше спостереження за ним, доліковування і контроль за остаточним клінічним і лабораторним одужанням проводить лікар-інфекціоніст, який і вирішує питання про допущення до роботи.

Клінічне одужання хворого встановлюють на основі констатації його задовільного стану та зникнення основних проявів хвороби. При багатьох інфекційних захворюваннях враховують припинення носійства збудника, підтвержене даними мікробіологічних та серологічних досліджень. Необхідність виконання останніх обумовлена тим, що за термінами клінічне одужання часто передує епідеміологічному, в зв'язку з чим, може формуватися хронічне заразносіство.

Особливої уваги потребують хворі з затяжними і хронічними формами інфекційних хвороб. їх беруть на облік в КІЗі, проводять періодичні огляди і обстеження, курси протирецидивного лікування. В ряді випадків успіху можна досягти при лікуванні супутніх захворювань, які затягують терміни одужання чи настання ремісії.

Для проведення безкоштовного лікування деяких категорій хворих, в КІЗі є запас антибактерійних, протипаразитарних та інших препаратів. Лікар кабінету відповідає за використання їх за призначенням та терміном придатності.

Важливе медичне і соціальне значення має експертиза працездатності інфекційних хворих і реконвалесцентів. Лікар КІЗу має право видати листок непрацездатності пацієнту на весь період його лікування аж до одужання. Осіб, які хворіють протягом 4 міс, направляють на лікарсько-трудова експертну комісію (ЛТЕК), де їм продовжують листок непрацездатності або встановлюють групу інвалідності. При наявності клінічних показань хворий може бути направлений на санаторно-курортне лікування.

На сьогодні, це набуває актуальності при спостереженні за ВІЛ-інфікованими хворими. Так, веденням таких пацієнтів в умовах поліклініки здійснюють лікарі кабінетів «Довіри», які пройшли навчання і спеціальні тренінги по роботі з ВІЛ-інфікованими пацієнтами та їх обстеженню (див. Додаток 8 та Додаток 9). Якщо у поліклініці немає таких кабінетів, прийом веде лікар КІЗу.

Облік лікувально-діагностичної роботи КІЗу ведеться у відповідних журналах (ф. № 061/о, ф. № 032/о, ф. № 039/о, ф. № 029/о). При її аналізі беруть до уваги такі чинники: на який день від початку захворювання хворий був оглянутий лікарем і госпіталізований, які параклінічні методи дослідження застосовували для підтвердження діагнозу, частоту співпадання діагнозу при направленні з заключним діагнозом, сформульованим у стаціонарі, а також причини помилок у діагностиці та лікуванні.

До інфекційних захворювань, які дозволено лікувати в амбулаторно-поліклінічних умовах відносять: грип; гострі інфекції верхніх дихальних шляхів множинної або не уточненої етіології; харчові токсикоінфекції; шигельоз; сальмонельоз; гострі вірусні гепатити А та В; хронічні вірусні гепатити В та С у латентній фазі та у стадії реплікації; лептоспіроз у стадії реконвалесценції; токсоплазмоз; скарлатину; кір; краснуху; кашлюк, паракашлюк; епідемічний паротит (паротитну інфекцію); вітряну віспу; тонзиліт; бешиху; еризипелоїд; бореліоз; лямбліоз; аскаридоз; ентеробіоз; трихоцефальоз; герпетичний енцефаліт, мієліт та енцефаломієліт (хронічна форма, стадія інтеграції); цитомегаловірусний енцефаліт, мієліт та енцефаломієліт (хронічна форма, стадія інтеграції).

Організація диспансерного спостереження за реконвалесцентами та хворими на хронічні інфекції

Лікар КІЗу організовує диспансерне спостереження за особами, які перехворіли на гострі інфекційні хвороби та за хронічними хворими, вірусо-, бактеріо- і паразитозами. Мета диспансерного спостереження полягає в запобіганні рецидивам хвороби і переходу в хронічну форму; своєчасній діагностиці рецидивів і хронічного перебігу; виявленні бактеріоносійства і своєчасній, за потребою, госпіталізації цих категорій людей. Кінцевою метою диспансерного спостереження є відновлення працездатності та її збереження, забезпечення належної якості життя, профілактика інвалідності.

Крім інфекціоніста КІЗу, диспансеризацію можуть здійснювати ординатор стаціонару або сімейний (дільничний) лікар. В останньому випадку лікар КІЗу виступає в ролі консультанта. Систематичний контроль за перебігом періоду реконвалесценції із застосуванням сучасних клінічних і лабораторних методів, як правило, дає змогу виявити формування несприятливого наслідку і здійснити необхідний комплекс лікувальних заходів на ранніх стадіях. У випадку погіршення стану і виникнення рецидиву, хворого направляють на повторне стаціонарне лікування.

Успішному проведенню диспансеризації сприяє тісний зв'язок між поліклінікою та інфекційною лікарнею. При виписуванні хворого зі стаціонару палатний лікар складає коротку довідку - виписний епікриз, в якому крім прізвища хворого, його віку і місця проживання, зазначають кінцевий діагноз, основні дані клінічного і лабораторного обстеження в розпалі хвороби і перед виписуванням, проведене лікування і рекомендації щодо подальшого спостереження і лікування. Особи, яких виписали з стаціонару, можуть потребувати дальшого звільнення від роботи, оскільки відновлення працездатності часто відстає від клінічного та епідеміологічного одужання. Реконвалесцентів ряду інфекційних хвороб виписують зі стаціонару з "незакритим" лікарняним листком, але лише на 1-2 дні, з тим, щоб вони відразу відвідали лікаря КІЗу і стали на диспансерний облік, здали контрольні обстеження.

Результати диспансерного спостереження разом з результатами аналізів (мікробіологічних, серологічних, біохімічних тощо) лікар КІЗу

заносить у медичну карту амбулаторного хворого (ф. № 025/о), яку бажано маркірувати кольоровим олівцем, щоб привернути увагу лікарів і використати кожне відвідування хворим поліклініки чи амбулаторії для чергового огляду у КІЗі та виявлення пізніх ускладнень. Паралельно лікар КІЗу веде контрольну карту диспансерного обліку (ф. № 030/о), в якій відмічає всі відвідування хворим поліклініки і призначення.

Під час першого диспансерного огляду реконвалесцента чи хворого лікар поліклініки складає план лікувально-профілактичних заходів, який має бути конкретним і враховувати індивідуальні особливості хворого. Лабораторні та інструментальні обстеження, а також лікувальні процедури працюючим здійснюють у вільний від роботи час. Якщо виконати цю умову неможливо, виклик хворого в поліклініку узгоджують з адміністрацією підприємства чи установи, де він працює. На прохання пацієнта йому видають письмову довідку про відвідання поліклініки.

При завершенні диспансерного спостереження за амбулаторним хворим лікар пише епікриз у медичній карті (ф. № 025/о). З диспансерного обліку пацієнта знімає комісія у складі лікаря інфекціоніста, сімейного (дільничного) лікаря, епідеміолога і завідуючого поліклінікою або його заступника. Обов'язковою умовою зняття з диспансерного обліку є повне одужання хворого, яке визначається шляхом комплексного обстеження. До здорових людей відносять осіб, в яких немає скарг на момент огляду і не відзначаються ознаки залишкових явищ після перенесеної хвороби, а також показники лабораторних обстежень є в межах норми. Після зняття реконвалесцента з обліку його контрольна карта залишається в КІЗі [72].

Далі представлені інфекційні хвороби, які дозволено лікувати в амбулаторно-поліклінічних умовах та їх шифри за міжнародною статистичною класифікацією хвороб і проблем, пов'язаних із здоров'ям, 10-го перегляду, прийнятої 43-ю Всесвітньою Асамблеєю Охорони Здоров'я (МКХ-10), перелік, терміни і вимоги до лікувально-діагностичної роботи в осередках й особливості диспансерного спостереження за найбільш поширеними інфекційними хворобами та деякими інфекціями, які мають міжнародне значення, і критерії зняття інфекційних хворих з обліку [12,28,42,53,54].

Аскаридоз (В77)

Показання для госпіталізації: важкі форми аскаридозу, неможливість дотримання санітарно-епідемічного режиму, ускладнений алергологічний анамнез [47,70].

Протиепідемічні заходи: санітарно-освітня робота, дотримання правил особистої гігієни, обстеження контактних, домашніх тварин та реконвалесцентів.

Диспансерний нагляд в паразитологічному або інфекційному відділенні поліклініки за результатами лікування протягом 1 місяця. Контрольне обстеження калу тричі, з інтервалами 2 - 3 дні, через 3 тижні після лікування та протягом 1 року з моментувилікування; двічі на рік обстеження всіх членів сім'ї.

Бешиха (А46)

Лікування проводиться в умовах лікарні або вдома з урахуванням клінічної форми і тяжкості перебігу хвороби. У КІЗі лікуються гострі та рецидивуючі форми легкого перебігу, інші форми – в умовах стаціонару. При наявності залишкових явищ бешихи (інфільтрація шкіри, збільшення лімфовузлів, лімфостаз) пацієнт може бути виписаний зі стаціонару з відкритим лікарняним листом з продовженням терміну непрацездатності на 7-10 діб. Показане амбулаторне долікування - фізіотерапія, масаж, тощо. Рекомендовані санація вогнищ хронічної стрептококової інфекції, запобігання тонзилітів, піклування за шкірою, профілактика мікротравм [42,54].

Протиепідемічні заходи та надання медичної допомоги: на II рівні надання медичної допомоги - проведення бактеріологічних обстежень та надання консультативної допомоги, диспансерний облік хворих та реконвалесцентів. На III рівні надання медичної допомоги - надання високоспеціалізованої консультативно-методичної допомоги, лікування важких та рецидивуючих форм хвороби.

Диспансерний облік: спостереження у інфекціоніста протягом 3-х місяців, при частих рецидивах - протягом 2-х років, з проведенням 1 раз на квартал клінічного огляду, призначаються клінічні аналізи крові, сечі. За необхідності санація вогнищ хронічної інфекції, проведення біцилінотерапії. Біцилін-5 після перенесеної первинної, повторної і рідко рецидивуючої бешихи із залишковими явищами проводиться по 1,5 млн. ОД внутрішньом'язово 1 раз на місяць 6 місяців. У ряді

випадків при вираженій сезонності рецидивів такий самий курс рекомендують за 2 місяці до можливого захворювання. Хворим з частими і багаторазовими рецидивами біцилін-5 вводять щомісячно протягом 2-3 років.

Ботулізм (A05.1)

Госпіталізації в інфекційний стаціонар підлягають усі хворі на ботулізм.

Протиепідемічні заходи: подача екстреного повідомлення, санітарно-освітня робота щодо неухильного дотримання санітарно-гігієнічних вимог, технології виготовлення консервованих продуктів (їх стерилізують в автоклавах, бо руйнування спор відбувається лише за температури 120°C), заборона купівлі на стихійних ринках в'яленої, копченої риби, особливо з наявністю кишок. Підозрілі харчі, залишки їжі, які вживались, підлягають вилученню і бактеріологічному дослідженню [81].

Після виписки зі стаціонару лікарняний лист може бути продовжений лікарем КІЗу на 7-10 днів в залежності від тяжкості перебігу хвороби. Рекомендується раціональне працевлаштування реконвалесцентів строком на 2-3 місяці із звільненням від тяжкої фізичної праці, занять спортом, відряджень та роботи, яка потребує перенапруги зору.

Диспансерне спостереження не регламентовано, при необхідності проводиться лікарем КІЗу (терапевтом) спільно з невропатологом і окулістом.

Бруцельоз (A23)

Показання для госпіталізації: гострі та підгострі форми, рецидивуючі хронічні форми, хронічні хворі з важкою супутньою патологією, вперше виявлені, хворі при загостренні процесу. Вдома можуть лікуватися пацієнти з хронічними формами хвороби [12,42].

Протиепідемічні заходи та рівні надання медичної допомоги: I рівень - екстрене повідомлення, дотримання правил особистого епідрезиму, санітарно-освітня робота. При наявності осередка – контроль за тваринами та контактними. II рівень: консультація інфекціоніста, призначення обстеження, лікування, спостереження за контактними в осередку. III рівень: консультація інфекціоніста, стаціонарне лікування, призначення обстеження, корекція лікування.

Диспансерний облік: спостереження у інфекціоніста протягом 2 роки після одужання. Обстеження при показаннях 1-2 рази на рік. Критерії зняття - перехід в рецидивуючу форму.

ВІЛ-інфекція / СНІД (В20 – В24)

Медична допомога хворим на ВІЛ-інфекцію регламентована рядом законів, наказів, постанов [15,21,44,45,58,59,74].

У світовій практиці загально прийнятим є переважно амбулаторне обслуговування ВІЛ-інфікованих. Госпіталізація здійснюється за умови виявлення ознак прогресування ВІЛ-інфекції (поява вторинних або супутніх хвороб, які вимагають стаціонарного лікування) або при необхідності проведення обстежень, що не можуть бути здійснені в амбулаторних умовах.

Диспансерне спостереження за ВІЛ-інфікованими та хворими на СНІД проводиться лікарями-інфекціоністами КІЗів, фахівцями диспансерних відділень існуючих Українського та регіональних центрів профілактики та боротьби зі СНІДом. Завданням диспансеризації цієї категорії пацієнтів є динамічне спостереження з метою ранньої діагностики прогресування хвороби, попередження та своєчасне лікування опортуністичних інфекцій, психологічна підтримка, допомога в соціальній адаптації. При первинному зверненні пацієнт, у якого достовірна наявність ВІЛ в організмі (імуноферментний аналіз, імунний блотінг), має бути оглянутий лікарем-інфекціоністом та обстежений за допомогою лабораторних тестів: загальний аналіз крові та сечі, біохімічний аналіз крові, дослідження крові на RW та наявність HBsAg, бактеріологічний посів слизу з ротової порожнини на мікрофлору та *Candida albicans*, аналіз калу на яйця гельмінтів та найпростіші, бактеріологічне дослідження матеріалу з цервікального каналу. Доцільно провести дослідження клітинного імунітету з визначенням рівня CD4, CD8 лімфоцитів та їх співвідношення CD4/CD8, а також антитіл до вірусів гепатитів А, В, С, Д, цитомегаловірусів, вірусів Епштейна-Барра, простого герпесу, токсоплазм, пневмоцист для своєчасної діагностики та профілактики опортуністичних інфекцій. ВІЛ-інфікована особа має бути оглянута фахівцями – терапевтом (педіатром), неврологом, отоларингологом, стоматологом, окулістом, дерматовенерологом, гінекологом (урологом), психіатром. Планові обстеження проводять 1 раз у 6 місяців, а хворих на пізніших стадіях

ВІЛ-інфекції (стадії III і IV відповідно до класифікації, ВООЗ) 1 раз у 3 місяці, а також у зв'язку з клінічною ситуацією. Якщо відомо, що рівень CD4-лімфоцитів менше 350 клітин/мм³, планові обстеження проводяться 1 раз у 3 місяці. Повторні обстеження проводяться за тією ж схемою, що і при первинному обстеженні (за винятком обстеження на антитіла до ВІЛ).

Консультації вузьких фахівців проводяться за наявності показань. Рентгенографію органів грудної клітини рекомендується проводити в плановому порядку, не частіше 1 разу на 6 місяців, не рідше 1 разу на рік. Додаткові обстеження, крім вищевказаних, проводяться за клінічними показниками, тобто з появою клінічних ознак прогресування захворювання.

Доцільно медичне обслуговування ВІЛ-інфікованих організувати таким чином, щоб вони одержували первинну медичну допомогу в одній установі (центрі боротьби і профілактики СНІДу). Повинне дотримуватися право пацієнта спостерігатися в медичній установі за власним вибором. Пацієнту можуть знадобитися допомога психосоціальних служб, лікування супутніх захворювань, розладів, викликаних прийомом препаратів. Відповідно до діючого законодавства, обстеження пацієнта в рамках диспансерного спостереження повинні проводитися з його добровільної згоди. Рекомендується активне запрошення ВІЛ-інфікованих осіб на періодичні обстеження, але при цьому не повинно порушуватися їхнє право на відмову від обстеження і лікування.

Після початку високоактивної антиретровірусної терапії (ВААРТ) при диспансерному спостереженні проводиться контроль ефективності терапії і токсичних ефектів антиретровірусних препаратів.

Вірусні гепатити (В15 – В19)

Хворі на вірусні гепатити підлягають госпіталізації в інфекційний стаціонар.

Гострий вірусний гепатит А (В15)

Вдома можуть лікуватися пацієнти з легким, субклінічним та безжовтяничним перебігом вірусного гепатиту А віком від 3 до 30 років, у яких немає тяжкої супутньої патології і які проживають в окремій квартирі. Організацію стаціонару вдома повинно узгодити з епідеміологом [35,36].

Протиепідемічні заходи та надання медичної допомоги: на II-му рівні надання медичної допомоги – екстрене повідомлення, консультація інфекціоніста, призначення лабораторних обстежень і лікування, ізоляція хворого в окремі кімнаті з виділенням окремого посуду та індивідуальних засобів особистої гігієни до 21 дня від початку жовтяничного періоду, динамічне спостереження за контактними 35 днів, поточна і заключна дезінфекція, спровадження фізіологічних потреб в горщик з наступною їх дезінфекцією 3% розчином хлорного вапна, вакцинація контактних. Щоденний огляд хворого, його обстеження і лікування проводить сімейний лікар, лікар-інфекціоніст КІЗу. Під час захворювання дитини матері видається листок непрацездатності не більш, як на 14 днів по догляду за хворою дитиною, який підписують сімейний лікар, лікар-інфекціоніст КІЗу та завідувач поліклінічним відділенням.

III рівень надання медичної допомоги: лікування при погіршенні стану, лікування важких форм, високоспеціалізована консультативна та медична допомога.

Після виписки зі стаціонару реконвалесцент одержує незакритий лікарняний лист. Термін непрацездатності продовжується лікарем КІЗу та визначається формою вірусного гепатиту, важкістю перебігу, наявністю ускладнень і залишкових явищ. Рекомендується дотримання харчового режиму, дієти та раціональне працевлаштування на 3-6 місяців.

Диспансерний облік: спостереження протягом 6 місяців - на 1, 3, 6 місяць після виписки з стаціонару - клінічний огляд інфекціоніста, з повним клінічним, біохімічним (білірубін, активність аланінамінотрансферази (АлАТ), тимолова проба) обстеженням, рекомендована вакцинація від гепатиту В.

Причому, диспансерне спостереження за хворими, які перенесли вірусний гепатит А, проводиться протягом 1 місяця після виписки зі стаціонару палатним лікарем. У разі відсутності у реконвалесцентів будь-яких клінічних чи біохімічних змін вони можуть бути зняті з обліку. Особи, які мають залишкові явища хвороби, спостерігаються у КІЗі протягом 3 місяців та їм проводиться комплексне обстеження 1 раз на місяць. Після усунення скарг, нормалізації розмірів печінки, функціональних проб вони знімаються з обліку.

Гострий вірусний гепатит В (В16)

Вдома можуть лікуватися пацієнти з легким перебігом хвороби [80].

Протиепідемічні заходи та надання медичної допомоги: На II-му рівні надання медичної допомоги - екстрене повідомлення, ізоляція хворого в окремій кімнаті з виділенням окремого посуду та індивідуальних засобів особистої гігієни, поточна і заключна дезінфекція, консультація інфекціоніста, призначення аналізів і лікування хворого, корекція лікування, динамічне спостереження за контактними до 12 місяців, вакцинація контактних. III рівень надання медичної допомоги - стаціонарне лікування важких та середньо-важких форм.

Диспансерний облік: спостереження протягом 12 місяців, з повним клінічним, біохімічним (білірубін, активність аланінаминотрансферази, тимолова проба), вірусологічним, серологічним (виявлення дезоксирибонуклеїнової кислоти (ДНК HBV), HBsAg) обстеженням через 1, 3, 6, 15 місяців, рекомендована вакцинація від гепатиту А.

Перший огляд реконвалесцента після виписки здійснюється лікарем стаціонару. Термін обстеження визначається тяжкістю перебігу хвороби та станом хворого при виписці, але не пізніше як через 1 місяць. Далі диспансерне спостереження проводиться лікарем КІЗу через 3, 6, 9 і 12 місяців після виписки (клінічний огляд, біохімічне дослідження крові, серологічні, імунологічні тести).

Особи, які перехворіли на вірусний гепатит В, непрацездатні протягом 4-5 тижнів, в залежності від тяжкості перебігу хвороби. Вони підлягають працевлаштуванню терміном на 6-12 місяців (звільнення від тяжкої фізичної роботи, відряджень, спортивних занять).

Реконвалесцентів після вірусного гепатиту В знімають з обліку при відсутності ознак хронізації процесу та наявності 2-х негативних результатів дослідження крові на HBsAg, проведеного з відрідком в 10 днів. Носії HBsAg підлягають диспансерному спостереженню протягом 2 років з обстеженням сперш після виявлення, через 3 місяці, і, далі 2 рази на рік (активність ферментів, рівня білірубину, тимолової проби). Їх знімають з обліку при відсутності будь-яких проявів хвороби, нормальних біохімічних показниках, негативних результатах п'ятикратного дослідження крові на HBsAg протягом зазначеного

періоду. При стійкій HBsAg-емії і появленні ознак хронізації процесу, хворі підлягають повторній госпіталізації.

Якщо хворий переніс вірусний гепатит іншої етіології (С, Е, D, F, G), тривалість диспансерного спостереження визначається особливостями перебігу хвороби, наявністю залишкових явищ та несприятливих наслідків.

Реконвалесцентам вірусного гепатиту протягом 6 місяців після виписки зі стаціонару протипоказані профілактичні щеплення, за виключенням, протиправцевого анатоксину та антирабічної вакцини. Небажано проведення планових операцій, призначення гепатотоксичних препаратів, вживання алкоголю. Жінкам рекомендується запобігання вагітності протягом року після виписки.

Хронічний вірусний гепатит В (В18.1)

При виявленні вперше хворого з хронічним вірусним гепатитом В у стадії реплікації, його госпіталізують в спеціалізований стаціонар для встановлення діагнозу, тактики лікування і адаптації до противірусної терапії [54].

Протиепідемічні заходи: хворий після виписки із стаціонару, на I та II рівнях - динамічне спостереження, дотримання правил особистої гігієни, обов'язкове повідомлення про захворювання при проведенні діагностично - маніпуляційного обстеження, заборона бути донором, санітарно-освітня робота, вакцинація контактних. III рівень: контроль за ефектом противірусної терапії, що проводиться, надання високоспеціалізованої консультативної допомоги.

Диспансерний облік: спостереження лікарем інфекціоністом КІЗу з постійними проведенням 1 раз на 3 місяці визначеннями ДНК HBV, HbsAg, HbeAg, anti-HBs, anti-Hbe, anti-HBcor IgM, anti-HDcor IgM, білірубін, активність АлАТ, білки, протромбіновий індекс, осадові проби, консультації та обстеження в гепатологічному центрі або інфекційному відділенні не рідше 1 раз на 6 місяців, рекомендована вакцинація проти гепатиту А.

У стадії інтеграції хронічного вірусного гепатиту В - протиепідемічними заходами на II-му рівні надання медичної допомоги будуть - подання екстреного повідомлення, дотримання правил особистої гігієни, консультація інфекціоніста, призначення лабораторних обстежень і лікування, спостереження у терапевта чи

лікаря КІЗу, обов'язкове інформування про захворювання при проведенні діагностично - маніпуляційного обстеження, заборона бути донором, санітарно-освітня робота, вакцинація контактних. III рівень: надання високоспеціалізованої консультативної та медичної допомоги, корекція лікування.

Диспансерний облік у стадії інтеграції: спостереження у інфекціоніста за місцем проживання з проведенням 1 раз на квартал клінічного огляду, проведення загально-клінічних аналізів (загальний аналіз крові, сечі), біохімічних (білірубін, АлАТ, тимолова проба, білки, протромбіновий індекс), вірусологічних, серологічних (виявлення ДНК HBV в полімеразній ланцюговій реакції (ПЛР), HBsAg) обстежень та диспансерний облік не менше 2 років, за необхідності – позитивно, рекомендована вакцинація від гепатиту А.

Хронічний вірусний гепатит С (В18.2)

Протиепідемічні заходи: екстрене повідомлення, дотримання правил особистої гігієни, обов'язкове і повідомлення медичних працівників про хворобу при проведенні лікувально-діагностичних маніпуляцій, заборона бути донором, санітарно-освітня робота. Після адаптації до противірусної терапії - лікування на II рівні. Досягнення стійкої вірусологічної відповіді, зменшення активності процесу (біохімічної відповіді на противірусну терапію). Показання для госпіталізації: періоди загострення, необхідність додаткового обстеження та проведення корекції в противірусному лікуванні [3, 12].

Диспансерний облік: спостереження у інфекціоніста з проведенням 1 раз на квартал клінічного огляду, проведення загально-клінічних аналізів (крові, сечі), біохімічних (білірубін, АлАТ, тимолова проба, білки, протромбіновий індекс), вірусологічних, серологічних (виявлення РНК в методом ПЛР та виявлення anti-HCV IgM) обстежень та диспансерний облік не менше 2 років, за необхідності – позитивно, рекомендована вакцинація від гепатитів А та В.

Вітряна віспа (В01)

Показання для госпіталізації: хворі на важкі та ускладнені форми хвороби, хворі з важкими супутніми хворобами, вагітні, люди похилого віку, особи, що проживають в несприятливих санітарно-побутових умовах [42].

Протиепідемічні заходи: подача екстреного повідомлення; ізоляція хворого на 9 днів з моменту появи висипки; дітям до 3-х років, які раніше не хворіли вітряною віспою, встановлюється карантин на 21 день з моменту контакту, дотримання правил особистої гігієни та маскового режиму догляду, бажано однією особою.

Диспансерний спостереження не проводиться, але рекомендовано обстеження лікарем загальної практики на 10 і 30 день після закінчення хвороби з проведенням на 30-й день загально-клінічних аналізів крові, сечі та ЕКГ.

Грип (J.10 - J.11) та гострі респіраторні хвороби (J.22)

Переважає більшість хворих на грип та гострі респіраторні хвороби лікується вдома. Госпіталізації підлягають пацієнти з тяжкими та ускладненими формами грипу, наявністю хронічної супутньої патології: неспецифічні хвороби легень, ішемічна хвороба серця, цукровий діабет, важкі хвороби крові, нервової системи та ін. [39, 55, 60, 64, 66, 67, 68].

Протиепідемічні заходи: подача екстреного повідомлення, ізоляція хворого в домашніх умовах, в ізоляторі гуртожитку, інтернату або госпіталізація. Дотримання правил санепідрезиму (щоденне вологе прибирання, застосування хлорних препаратів, кварцування, масковий режим). Дача стимуляторів ендogenous інтерферону контактним.

При легкому перебігу грипу тривалість тимчасової непрацездатності становить не менше 6 днів, середньо-важкому – до 8, тяжкому - до 10 і більше днів. При гострих респіраторних інфекціях в зв'язку з більш сприятливим перебігом лікарняний листок видається на 6-8 днів. При виписці зі стаціонару в ряді випадків (наявність негативних виробничих факторів на роботі) реконвалесцентам рекомендують тимчасовий перехід на іншу роботу.

Диспансерний облік до 30 днів в залежності від тяжкості перебігу грипу. Диспансеризації підлягають особи, які перенесли важкі та ускладнені форми грипу з повним клінічним та лабораторним обстеженням (загальний аналіз крові, сечі) на 15 та 30 день після закінчення хвороби: після перенесеної пневмонії – спостереження дільничного лікаря протягом місяця; після інших ускладнень - у спеціалістів відповідного профілю.

Дифтерія (A36)

Хворі на дифтерію незалежно від клінічної форми, як з епідеміологічних, так і з клінічних показань, підлягають терміновій госпіталізації [29, 57].

Протиепідемічні заходи: екстрене повідомлення, санітарно-освітня робота, обстеження контактних у осередку.

Диспансерний нагляд: у зв'язку з можливістю розвитку пізніх ускладнень хворі, які перенесли дифтерію, після виписки зі стаціонару потребують нагляду лікарем КІЗу протягом 6-12 місяців. Вони звільняються від занять фізичною культурою і спортом та важкої фізичної праці. Враховуючи характер ускладнень раціональний такий медичний профіль диспансеризації: інфекціоніст - кардіолог - невролог. Пацієнти з ускладненими формами дифтерії підлягають доліковуванню у профільних стаціонарах або у потрібних спеціалістів поліклінік (кардіолог, невролог) за місцем проживання з подальшим їх диспансерним наглядом протягом року чи більше в разі потреби.

Ентеробіоз (B80)

Показання для госпіталізації: декретовані особи з закритих закладів, неможливість проведення лікування в амбулаторних умовах, наявність важкої супутньої патології, психічні захворювання, ускладнений алергологічний анамнез.

Протиепідемічні заходи: санітарно-освітня робота, дотримання правил особистої гігієни, своєчасне виявлення та обстеження контактних, вологе прибирання приміщень з використанням розчинів для знезараження предметів особистого користування: іграшок, горщиків, дверних ручок. Режим обов'язковий протягом 1,5-3 місяців для всіх, хто проживає в осередку [54, 70].

Диспансерний нагляд в паразитологічному або інфекційному відділенні поліклініки. Контроль ефективності лікування та спостереження проводяться протягом одного року з 3-разовим обстеженням методом липкої стрічки у першому півріччі - помісячно, другому півріччі - 1 раз на квартал.

Еризипелоїд (A26)

Показання для госпіталізації: важкі, середньо-важкі, поширені форми, наявність супутніх важких хвороб, неможливість лікування в амбулаторних умовах.

Протиепідемічні заходи: дотримання хворими правил особистої гігієни, надання консультативної допомоги працівникам ферм (проведення дератизації, ізоляція хворих тварин).

Диспансерний облік: проводиться взяття на облік осіб з рецидивуючими формами на 2 роки - медичне обстеження в кінці 1-го місяця, клінічні аналізи крові 1 раз на квартал.

Кашлюк (A37) та паракашлюк (A37.1)

Показання для госпіталізації: важкі та ускладнені форми, наявність у хворого важких, супутніх хронічних захворювань дихальних шляхів, гіпертензія, епілепсія, схильність до судом, діти раннього віку (до 2-х років), соціально незахищені хворі [42].

Протиепідемічні заходи: екстрене повідомлення, санітарно-освітня робота, обстеження контактних у вогнищі. Ізоляція хворого на 25 днів від останнього контакту, дворазове бактеріологічне обстеження з інтервалом в 1 день всіх контактних організованих колективів та членів сім'ї, які працюють в організованих колективах. При позитивному результаті бактеріологічне обстеження провести повторне обстеження, через 7 - 14 днів, до отримання негативного результату.

Диспансерному спостереженню не підлягає.

Кишковий ієрсиніоз (A04.6)

Хворі на псевдотуберкульоз і кишковий ієрсиніоз проходять лікування в інфекційному відділенні [54,80].

Протиепідемічні заходи: подача екстреного повідомлення, ізоляція хворого, дотримання правил особистої гігієни, виділення індивідуальних предметів догляду за хворим та предметів харчування. Відправлення фізіологічних потреб на горщик з послідуочим дезінфікуванням вмісту до отримання негативних результатів бактеріологічного посіву.

Диспансерний нагляд: в умовах поліклініки після жовтяничної і генералізованої форм лікарняний листок може бути продовжений до 10 днів. Реконвалесценти підлягають раціональному працевлаштуванню терміном на 2-3 місяці. Рекомендується дотримання дієти та режиму вживання їжі. Диспансерне спостереження здійснюється лікарем КІЗу, а в разі відсутності - дільничним терапевтом протягом 3-х місяців з проведенням через 1 і 3 місяці клінічного обстеження, біохімічного дослідження крові, бактеріологічного посіву калу.

Кіп (B05)

Показання для госпіталізації: декретована група населення, хворі на важкі та ускладнені форми хвороби, хворі з важкими супутніми хворобами, вагітні, люди похилого віку та соціально незахищені, особи, що проживають в несприятливих санітарно-побутових умовах [27].

Протиепідемічні заходи: подача екстреного повідомлення. Ізоляція хворого до 5-го дня від початку висипань, а при наявності пневмонії - госпіталізація в стаціонар, ізоляція контактних. Нещеплені підлягають карантину до 21 дня з моменту контакту, імуноглобулінопрофілактиці, щеплені – карантин на 17 днів, дотримання правил особистої гігієни.

Диспансерному обліку не підлягають, але оглядаються терапевтом протягом місяця 1 раз на 10 діб з проведенням загально-клінічного аналізу крові, сечі, ЕКГ.

Краснуха (B06)

Показання для госпіталізації: діти до 1 року, дорослі з важкими та ускладненими формами хвороби, хворі з важкими супутніми хворобами, вагітні, хворі похилого віку [48].

Протиепідемічні заходи: подача екстреного повідомлення. Ізоляція хворого до 5 дня з моменту появи висипань, виділення окремої кімнати, посуду, білизни, предметів догляду, масковий режим.

Диспансерне спостереження у інфекціоніста не проводиться, але рекомендується огляд лікаря загальної практики на 30-й день після виписки зі стаціонару з проведенням загально-клінічних аналізів крові, сечі, ЕКГ та сумісний огляд акушера-гінеколога і інфекціоніста усіх вагітних, які перенесли хворобу або були в контакті, для вирішення питання ведення вагітності.

Лептоспіроз (A27)

Усі хворі при підозрі на діагноз лептоспіроз чи встановленні діагнозу вперше - підлягають обов'язковій госпіталізації в інфекційні відділення [54].

Протиепідемічні заходи та надання медичної допомоги: екстрене повідомлення. На I-му рівні надання медичної допомоги - допомога в проведенні дератизаційних заходів, позачергова вакцинація працівників м'ясокомбінату, водоканалу, екотехпрому; динамічне спостереження за тими, що проживають у осередку, санітарно-освітня робота. II рівень: диспансерне спостереження, доліковування за необхідності у вузьких

спеціалістів, надання консультативно-методичної допомоги медичним спеціалістам первинної ланки. III рівень: стаціонарне лікування та надання консультативно-методичної допомоги.

При виписці лікарняний листок продовжується до 10 днів лікарем КІЗу поліклініки, а в разі необхідності - довше. Рекомендується раціональне працевлаштування реконвалесцентів на 3-6 місяців та дотримання дієти протягом 2-3 місяців.

Диспансерний облік: спостереження у інфекціоніста протягом 6 місяців з проведенням 1 раз на 2 місяці клінічного огляду, призначаються клінічні аналізи крові, сечі. Ті, що перехворіли жовтяничною формою - біохімічні проби печінки (білірубін, АЛАТ, білки, тимолова проба, протромбіновий індекс), за необхідності - консультація невролога, нефролога, кардіолога, офтальмолога та ін. А дітей – з неодмінним клінічним обстеженням педіатром 1 раз у 2 місяці. З обліку знімають при закінченні терміну спостереження та нормалізації клінічних і лабораторних показників. Наявність стійких залишкових явищ є підставою для нагляду за реконвалесцентами відповідних спеціалістів.

Малярія (B50 – B54)

Хворі та паразитозні лікуються в умовах стаціонару. Після перенесеної малярії реконвалесценти потребують дотримання дієти протягом 3-6 місяців, звільнення від тяжкої фізичної праці, а також виключення психічного перевантаження терміном на 6 місяців [82].

Диспансерне спостереження здійснюється лікарем КІЗу або дільничним терапевтом протягом 2-х років з періодичним медичним оглядом і дослідженням крові на малярійні плазмодії. Клінічне і лабораторне обстеження проводиться щомісячно з травня по вересень, далі поквартальне та при будь-якому зверненні до лікаря протягом усього терміну спостереження. У випадку позитивного результату лабораторного дослідження поряд з призначенням специфічного лікування продовжується термін диспансерного спостереження. Підставою для зняття з обліку є відсутність рецидивів та негативні результати дослідження крові на наявність збудника малярії протягом зазначеного терміну.

Диспансерному нагляду не менше ніж 2 роки підлягають також особи, які прибули з місцевості, неблагополучної щодо малярії. Вони

обстежуються аналогічно реконвалесцентам та отримують профілактичне лікування незалежно від того, хворіли на малярію чи ні. Ті, хто перехворів на малярію протягом останніх 2-х років, також одержують протирецидивне лікування. Обидва курси проводять примахіном по 0,0027 г на день протягом 2-х тижнів.

Менінгококова інфекція (A39)

Хворі на менінгококову інфекцію незалежно від клінічної форми підлягають обов'язковій госпіталізації [23].

Протиепідемічні заходи: екстрене повідомлення, санітарно-освітня робота, обстеження контактних у осередку.

При виписці зі стаціонару реконвалесцентів, які перенесли генералізовану форму менінгококової інфекції, термін тимчасової непрацездатності продовжується до 7-10 діб в залежності від тяжкості перебігу хвороби. В подальшому питання допуску до роботи вирішується невропатологом поліклініки в кожному випадку індивідуально. Реконвалесценти, які перенесли локалізовану форму хвороби, отримують допуск до роботи відразу після виписки зі стаціонару. Диспансерному спостереженню підлягають особи, які перенесли генералізовану форму інфекції. Нагляд здійснюється дільничним лікарем при консультації невропатолога, психіатра, окуліста. Термін спостереження 2 роки з періодичністю обстеження 1 раз у 3 місяці протягом першого року та 1 раз у 6 місяців в подальшому. Носії менінгококу звільняються від профілактичних щеплень на 1 місяць, реконвалесценти генералізованих форм менінгококової інфекції – на 6 місяців.

Специфічна профілактична вакцинація від менінгококової інфекції у групах підвищеного ризику та за епідемічними показаннями.

Диспансерний нагляд: протягом року. Критерії зняття з нього - відсутність скарг, неврологічних розладів, відсутність ознак порушень ліквородинаміки та спасного процесу.

Паротитна інфекція (B26)

Показання для госпіталізації: важкі форми хвороби та поява ускладнень.

Протиепідемічні заходи: подача екстреного повідомлення. Ізоляція хворого до 10 дня з моменту контакту. Карантин у дитячих колективах

на 21 день. Рекомендоване введення гамаглобуліну до 1,5 - 3 мл контактним [42].

Взяття на диспансерний облік не проводиться.

Сальмонельоз (A02)

Госпіталізацію хворих на сальмонельоз проводять з урахування клінічних і епідеміологічних даних. Обов'язковій госпіталізації підлягають пацієнти з важким і середньої важкості перебігом та особи декретованої групи (у тому числі, з легкими і субклінічними формами хвороби), люди похилого віку та з важкими супутніми хворобами, соціально незахищені пацієнти, при неможливості забезпечення дотримання санепідрезиму та лікування, при погіршенні стану під час проведення лікування, важка епідемічна ситуація на Ф-30 (на холеру) [54,81].

Протиепідемічні заходи та надання медичної допомоги: подача екстреного повідомлення, ізоляція хворого. Виділення індивідуальних предметів догляду за хворим та предметів харчування. Відправлення фізіологічних потреб на горщик з наступним дезінфікуванням вмісту до отримання негативних результатів бактеріологічного посіву. В епідемічному осередку за контактними спостерігають 1 тиждень. Після госпіталізації хворого проводять заключну дезінфекцію. Якщо хворого не госпіталізовано, в його квартирі проводять поточну дезінфекцію.

На II-му рівні надання медичної допомоги: виставлення діагнозу та визначення обсягу та тактики лікування, диспансерний облік. III рівень: лікування важких форм хвороби, пацієнтів декретованих груп та надання консультативної допомоги I та II рівня.

Диспансерний нагляд: спостереженню в КІЗі підлягають лише особи декретованих груп населення, які перенесли гастроінтестинальні форми захворювання. Термін спостереження – 3 місяці з щомісячним лікарським оглядом та бактеріологічним дослідженням калу. В разі повторного висіву сальмонел строк нагляду продовжують до отримання негативного результату. Інші реконвалесценти, незалежно від професії, які перенесли гастроінтестинальні форми сальмонельозу, одержують допуск до роботи відразу після виписки без додаткового обстеження. Рекомендують дотримання дієти та раціональне працевлаштування протягом 2-6 місяців.

При генералізованих формах сальмонельозу - бактеріологічне обстеження проводиться аналогічно такому у реконвалесцентів черевного тифу. В разі виділення сальмонел після виписки із стаціонару чи в період 3-х місячного диспансерного спостереження ці особи усуваються від роботи до отримання негативних результатів п'ятикратного дослідження калу й одноразового - жовчі.

Хронічні носії сальмонел (бактеріовиділення більше 3-х місяців) декретованих груп населення усуваються від основної роботи на рік і весь цей час залишаються на диспансерному обліку. Їм проводиться клінічне і бактеріологічне обстеження 2 рази на рік. В кінці вказаного терміну при отриманні негативних результатів трикратного бактеріологічного дослідження калу й однократного жовчі ці особи отримують допуск до роботи за спеціальністю. В випадку позитивного результату дослідження вони вважаються хронічними носіями та звільняються з роботи. Хронічні носії сальмонел підлягають обліку в КІЗі за місцем проживання та у територіальному органі Державної санітарно-епідеміологічної служби України, області, міста чи району протягом усього життя.

Сибірка (A22)

Лікування хворих на сибірку незалежно від клінічної форми та тяжкості перебігу проводиться лише в інфекційному стаціонарі. Після виписки лікарняний листок може бути продовжений за клінічними показниками особам, які перенесли генералізовану форму інфекції. Їм також рекомендовано раціональне працевлаштування терміном на 2-3 місяці зі звільненням від тяжкої фізичної праці, занять спортом, відряджень [8, 40].

Профілактичні заходи проводяться в тісному контакті з ветеринарною службою:

- проведення загальносанітарної профілактичної роботи серед населення, що проживає на території неблагополучній щодо сибірки;
- планова вакцинопрофілактика осіб, які мають ризик зараження сибіркою в професійних або побутових умовах.

Активне виявлення хворих і направлення їх на стаціонарне лікування.

За особами які контактували з хворими на сибірку тваринами або контактували з заразним матеріалом спостерігають 2 тижні у випадку

очікуваного зараження проводять екстрену профілактику антибіотиками пеніцилінового або тетрациклінового ряду по 2 г. на добу 5 днів або протисибірковим імуноглобуліном 20 мл в/м.

Диспансерному спостереженню в КІЗі підлягають реконвалесценти, які перенесли генералізовану форму хвороби. Після виписки із стаціонару з проведенням загально-клінічних аналізів крові, сечі. Критерії зняття - повне клінічне одужання.

Скарлатина (A38)

Показання для госпіталізації: діти до 1 року, дорослі з важкими та ускладненими формами хвороби, хворі з важкими супутніми хворобами, вагітні, хворі похилого віку та соціально незахищені групи хворих, особи, які проживають в несприятливих санітарно-побутових умовах [42].

Протиепідемічні заходи: подача екстреного повідомлення. Ізоляція хворого не менше ніж до 10-го дня від початку хвороби до зникнення всіх ознак хвороби в окремій кімнаті, виділення хворому окремого посуду, предметів догляду, огляд здійснювати дотримуючись маскового режиму. Карантин в осередку встановлюється на 7 днів з моменту ізоляції хворого.

Диспансерний облік не проводиться, але рекомендується обстеження лікарем загальної практики після закінчення хвороби 1 раз на місяць протягом 6-ти місяців з проведенням загально-клінічних аналізів крові, сечі та ЕКГ.

Токсикоінфекція харчова (Гострі кишкові інфекції) (A05)

Госпіталізація хворих на гострі кишкові інфекції здійснюється в залежності від клінічних і епідеміологічних показань [54, 81].

Рівні надання медичної допомоги: II рівень - встановлення діагнозу та формулювання обсягу та тактики лікування, диспансерне спостереження. III рівень - лікування важких форм хвороби, декретованих груп населення та усіх хворих при несприятливій ситуації по захворюваності на холеру.

Протиепідемічні заходи: подача екстреного повідомлення, ізоляція хворого, дотримання правил особистої гігієни, виділення індивідуальних предметів догляду за хворим та предметів харчування. Відправлення фізіологічних потреб на горщик з послідуєчим

дезінфікуванням вмісту до отримання негативних результатів бактеріологічного посіву.

Диспансерний нагляд здійснюється лікарем КІЗу, дільничним лікарем протягом 3-х місяців з одноразовим бактеріологічним дослідженням випорожнень. Декретованим групам населення бактеріологічне обстеження 1 раз на місяць. Бактеріологічне обстеження проводиться при виділенні збудника, якій викликав захворювання. Всі реконвалесценти отримують допуск до роботи відразу після виписки зі стаціонару. Рекомендовано дієтичне харчування з виключенням гострої їжі, алкоголю, жирів тваринного походження протягом 3-х тижнів. У випадку тяжкого перебігу хвороби необхідне раціональне працевлаштування на 2-3 тижні: звільнення від тяжкої фізичної праці, відряджень, роботи, пов'язаної з промисловими токсичними речовинами. Критерії зняття з диспансерного обліку - бактеріологічне одужання.

Токсоплазмоз (B58)

Показання для госпіталізації: важкі та середні форми, вагітність, вперше виявлені для встановлення діагнозу і призначення лікування, неможливість стабілізації процесу в амбулаторних умовах [47, 54].

Протиепідемічні заходи: дотримання правил особистої гігієни. Санітарно-освітня робота.

Рівні надання медичної допомоги: II рівень - трактування одержаних аналізів, корекція правильності лікування. III рівень: встановлення діагнозу, призначення лікування, надання консультативно-методичної допомоги.

Диспансерний огляд інфекціоністом не проводиться, при важких клінічних формах призначається спостереження суміжних спеціалістів (невропатолог, офтальмолог).

Тонзиліти (J03)

Вдома можуть лікуватися пацієнти з легкими, середньо-важкими і неускладненими формами гострих тонзилітів, у т.ч. катаральної, фолікулярної, лакунарної ангіни. Але, у зв'язку з можливістю захворювання на дифтерію та атипичним її перебігом у щеплених бажана госпіталізація всіх хворих на тонзиліти. При відсутності ускладнень та супутніх хвороб мінімальний термін тимчасової непрацездатності після катаральної ангіни (тонзиліту) складає 5-6 днів, фолікулярної і

лакунарної - 6-8 діб, некротично-виразкової - до 3-х тижнів. Реконвалесцентів, які перенесли тяжку форму тонзиліту, за рішенням ЛКК звільняють від тяжкої фізичної роботи на 5-7 діб [28].

Протиепідемічні заходи та надання медичної допомоги: ізоляція хворого, дотримання правил особистої гігієни, виділення індивідуального посуду, посів з ротоглотки і носа контактним на коринебактерію дифтерії і патогенну флору. На II рівні - проведення бактеріологічних обстежень, контроль за попередженням ускладнень та надання консультативної медичної допомоги, диспансерний облік хворих та реконвалесцентів. На III рівні - надання високоспеціалізованої консультативно-методичної допомоги, лікування важких та ускладнених форм хвороби, лікування всіх хворих в період несприятливої ситуації на дифтерію.

За показаннями при рецидивах ангін санація хворих зубів, парадонту, порожнини носа і приноскових порожнин.

Диспансерний облік: спостереження у інфекціоніста або сімейного лікаря протягом 1 місяця після закінчення лікування. Враховуючи можливість розвитку метатонзиллярних ускладнень, через 7-10 днів після випису зі стаціонару проводиться медичний огляд, контрольні аналізи крові і сечі, ЕКГ. Повторний огляд здійснюють через 3 тижні після закінчення етіотропної терапії, після чого реконвалесцента знімають з диспансерного обліку. При наявності скарг з боку серця хворих передають під нагляд ревматолога. При наявності інших ускладнень - лікування у відповідного спеціаліста. Диспансерний нагляд при рецидивах ангін - 2 рази в рік.

Трихоцефальоз (B81)

Показання для госпіталізації: хворі з супутньою важкою патологією та алергічними проявами [47].

Протиепідемічні заходи: паразитологічне обстеження родини - 3 рази через 3 - 5 днів та домашніх тварин, собак, кішок. Дотримання правил особистої гігієни.

Диспансерний нагляд в паразитологічному або інфекційному відділенні поліклініки за результатами лікування протягом 1 місяця. Контрольне обстеження калу 3-х разово, починаючи з 3-го тижня після закінчення лікування, з інтервалами 2 - 3 дні та обстеження всіх членів сім'ї двічі на рік (весна, осінь) протягом 2-х років.

Туляремія (A21)

Хворі на туляремію лікуються в інфекційному стаціонарі [41].

Після виписки термін тимчасової непрацездатності може бути продовжений від 10 до 20 днів в залежності від важкості перебігу хвороби.

Диспансерному спостереженню протягом 6-12 місяців підлягають лише особи, які мають залишкові явища після перенесеної хвороби. Диспансеризація здійснюється лікарем-інфекціоністом КІЗу та хірургом 1 раз на місяць протягом перших 6 місяців і при необхідності 1 раз в 2 місяці в подальшому.

Хвороба Лайма (кліщовий бореліоз) (A69.2)

Госпіталізації в інфекційний стаціонар підлягають хворі з вперше виявленими формами хвороби, загостренням хронічного перебігу [34].

Протиепідемічні заходи: санітарно-освітня робота, дотримання правил особистої гігієни, повідомлення медичного персоналу при проведенні діагностично-лікувальних маніпуляцій, заборона бути донором, захист від укусу кліщами.

Рівні надання медичної допомоги: II рівень - встановлення діагнозу та визначення обсягу та тактики лікування, диспансерне спостереження. Контроль за виконанням відповідних обстежень і лікуванням. III рівень: лікування усіх гострих та підгострих форм захворювання, корекція лікування при загостренні хронічних форм, надання методично-консультативної допомоги I та II рівня.

Диспансерне спостереження 24 місяці з проведенням в кінці 1, 3, 12 та 24 місяців повного клінічного обстеження, серологічного обстеження ІФА та знаходження ДНК борелій в реакції ПЛР.

Холера (A00)

Хворі на холеру підлягають обов'язковій госпіталізації в спеціальні холерні відділення. Після виписування зі стаціонару їх допускають до роботи (навчання) незалежно від професії та беруть на облік в територіальних СЕС і КІЗі поліклінік за місцем проживання [25,26].

Протиепідемічні заходи: подача екстреного повідомлення, ізоляція хворого, дотримання правил особистої гігієни, виділення індивідуальних предметів догляду за хворим та предметів харчування. Відправлення фізіологічних потреб на горщик з послідуочим дезінфікуванням вмісту до отримання негативних результатів

бактеріологічного посіву. В осередку холери проводять епідеміологічне обстеження і заключну дезінфекцію. Контактних госпіталізують і спостерігають 5 діб с призначенням превентивної терапії.

Особи, які перехворіли на холеру або були вібріононосцями, підлягають диспансеризації згідно з наказом МОЗ України від 30.05.97 р. №167 [24].

Диспансерний нагляд здійснюється лікарем КІЗу, за його відсутності – дільничним лікарем (сімейним лікарем, терапевтом, педіатром) та встановлюється строком на 3 місяці. Протягом 1-го місяця спостереження бактеріологічне обстеження випорожнень проводиться 1 раз на 10 днів. У подальшому випорожнення досліджують один раз на місяць. Перший забір калу здійснюють після прийому хворим проносного (сірчаноокислий магній - 30 г для дорослих, дітям – у відповідності до віку). У випадку виявлення вібріоносійства у реконвалесцентів вони госпіталізуються в холерний госпіталь, після чого диспансерний нагляд за ними відновлюється. Особи, які перенесли холеру або вібріоносійство, знімаються з обліку при відсутності виділення холерного вібріону протягом усього періоду спостереження. Це робить комісія у складі головного лікаря поліклініки, інфекціоніста та епідеміолога.

Черевний тиф, паратифи А і В (А01.0 - А01.4)

Усі хворі на черевний тиф і паратифи підлягають госпіталізації і лікуванню в умовах інфекційного стаціонару [79].

Протиепідемічні заходи: екстрене повідомлення, дотримання правил протиепідемічного режиму, санітарно-освітня робота. Медичне спостереження за контактними протягом 21 доби.

Після виписки лікарняний листок продовжується лікарем КІЗу на 10 діб, а в разі необхідності - ще на 5 діб. Рекомендується дотримання дієти та раціональне працевлаштування зі звільненням від тяжкої фізичної праці, занять спортом та відряджень терміном на 2-3 місяці. За особами, які перехворіли на черевний тиф та паратифи А і В (за виключенням працівників декретованої групи), здійснюється диспансерне спостереження в КІЗі протягом 3 місяців з термометрією 1 раз на тиждень перші 2 місяці та 1 раз на 2 тижні - на 3-й місяць. Усім реконвалесцентам щомісячно проводять одноразове бактеріологічне дослідження калу, сечі, а наприкінці 3-го місяця - посів жовчі та

реакцію Vi-аглютинації. Далі вони перебувають на обліку в СЕС протягом 2-х років та обстежуються 2 рази на рік (посіви калу і сечі, в кінці зазначеного терміну - жовчі). Якщо результати бактеріологічного дослідження від'ємні реконвалесцентів знімають з обліку. При позитивній реакції Vi-аглютинації у не щеплених (у розведенні 1:40 і більше) виконують п'ятиразове бактеріологічне дослідження калу і сечі. У випадку підвищення температури або погіршення загального стану проводять бактеріологічне дослідження крові, калу, сечі і при встановленні рецидиву хворі підлягають повторній госпіталізації.

Реконвалесцентам після черевного тифу і паратифів, які відносяться до робітників декретованої групи, після виписки з клініки протягом 1-го місяця не дозволяють стати до роботи за своєю спеціальністю та працевлаштовуються на таку роботу, де вони не являють епідеміологічної небезпеки. Наприкінці вказаного терміну цим особам проводиться п'ятиразове бактеріологічне дослідження калу та сечі. При негативних результатах обстеження вони одержують допуск до роботи та протягом 3-х наступних місяців обстежуються - 1 раз в місяць посіви калу і сечі, а в кінці 3-го місяця - жовчі. У випадку відсутності повторного виділення збудника черевного тифу та паратифів А і В в названих матеріалах особи обстежуються щоквартальне (кал, сеча) протягом 2-х років. В кінці 2 року після перенесеного захворювання цим особам ставлять реакцію Vi-аглютинації. При позитивному результаті обстеження проводять 5 - разове бактеріологічне дослідження калу і сечі, одночасне - жовчі. Особи з негативними серологічними і бактеріологічними аналізами з обліку не знімаються і протягом всієї трудової діяльності обстежуються щорічно двічі на рік (бактеріологічне дослідження калу та сечі).

В разі виділення збудника черевного тифу чи паратифів у реконвалесцентів через місяць після одужання їх переводять на роботу, не зв'язану з харчовими продуктами і безпосереднім обслуговуванням людей. Через 3 місяці цим особам повторно 5-разово досліджують кал, сечу з інтервалом 1-2 дні і одноразово - жовч. При негативних результатах їх допускають до основної роботи, але протягом 2-х років вони обстежуються щоквартально (кал і сеча одноразово) і далі за схемою, що описана вище.

Якщо при будь-якому з обстежень, проведених через 3 місяці після одужання, виділяється збудник черевного тифу чи паратифів пацієнт

вважається хронічним бактеріоносієм та має змінити професію. Хронічні бактеріоносії тифо-паратифозних мікробів протягом усього життя знаходяться на обліку в міській чи районній СЕС і КІЗі та 2 рази на рік підлягають клінічному та бактеріологічному обстеженню.

Шигельоз (А03)

Госпіталізація хворих на шигельоз (дизентерію) проводиться залежно від клінічних і епідеміологічних показань [81].

Клінічні показання: госпіталізації підлягають пацієнти на важкі та середньо-важкі форми, люди похилого віку та з важкими супутніми хворобами чи діти віком до 3-х років, соціально незахищені особи, також, при погіршенні стану у хворого під час амбулаторного лікування, яке проводиться.

Епідеміологічні показання: належність хворого чи члена його сім'ї до декретованої групи; відсутність вдома умов для дотримання протиепідемічного режиму; проживання в гуртожитку; проживання з дітьми, які відвідують дошкільні дитячі заклади, несприятлива ситуація по захворюваності на холеру у цьому районі.

Протиепідемічні заходи: подача екстреного повідомлення, ізоляція хворого, дотримання правил особистої гігієни, виділення індивідуальних предметів догляду за хворим та предметів харчування. Відправлення фізіологічних потреб на горщик з послідуочим дезінфікуванням вмісту до отримання негативних результатів бактеріологічного посіву. В осередку шигельозу проводять епідеміологічне обстеження і заключну дезінфекцію. Якщо хворого не госпіталізовано, в його квартирі проводять поточну дезінфекцію. Контактних спостерігають протягом 7 діб.

Рівні надання медичної допомоги: II рівень - встановлення діагнозу та визначення обсягу та тактики лікування, диспансерне спостереження. III рівень - лікування важких форм, декретованих груп населення та надання консультативної допомоги усім хворим в період несприятливої ситуації по холері.

Диспансерний нагляд: реконвалесценти шигельозу, які не підлягають диспансерному спостереженню, виписуються із стаціонару з закритим лікарняним листком та отримують допуск до роботи відразу після випису. Їм рекомендують дотримування дієти протягом 3-4 тижнів та звільнення від тяжкої фізичної праці, занять спортом,

довготривалих відряджень. Реконвалесценти, які потребують працевлаштування, дієтичного харчування, а також підлягають диспансерному обліку виписуються з відкритим лікарняним листком на 1 день для явки до лікаря КІЗу.

Диспансерному спостереженню підлягають працівники харчових підприємств і особи, які до них прирівнюються, та хворі на хронічну дизентерію. Хоча деякими авторами не приймається у класифікації, саме хронічна дизентерія, згідно діючих наказів, установлюється такий порядок та строки диспансерного обліку таких хворих:

- хворі на хронічний шигельоз та бактеріоносії з тривалим виділенням збудника підлягають спостереженню протягом 3 місяців із щомісячним оглядом лікарем КІЗу або дільничним лікарем і бактеріологічним дослідженням калу;

- працівники харчових підприємств і особи, які до них прирівнюються, після перенесеного гострого шигельозу залишаються на диспансерному обліку протягом 3 місяців. Огляд інфекціоніста і бактеріологічне дослідження калу також проводяться 1 раз на місяць;

- діти які відвідують дошкільні заклади, школи-інтернати підлягають клінічному спостереженню протягом 1-го міс. з щоденним оглядом випорожнень;

- хворі на хронічний шигельоз працівники харчових підприємств та особи, які до них прирівнюються, підлягають диспансерному спостереженню протягом 6 місяців із щомісячним бактеріологічним дослідженням калу. По закінченні цього терміну в разі повного клінічного одужання і негативних результатах бактеріологічного аналізу калу ця категорія пацієнтів допускається до роботи за спеціальністю.

Планування роботи КІЗу

Виходячи зі структури і рівня інфекційної захворюваності, лікар КІЗу щорічно складає план роботи, який узгоджує з епідеміологом і передає на затвердження завідувачому поліклінікою.

План має передбачати здійснення конкретної боротьби з інфекційними хворобами на території дії поліклініки з урахуванням досвіду минулих років і новітніх досягнень медичної науки та практичної охорони здоров'я. Важливо запланувати такі основні види роботи.

1. Методичне керівництво дільничною службою з метою виявлення, реєстрації, госпіталізації чи лікування вдома інфекційних хворих, боротьби з гельмінтозами, складання комплексного плану боротьби з грипом та іншими поширеними інфекціями.
2. Лікувально-діагностичні заходи (амбулаторний прийом і обстеження інфекційних хворих та осіб із подібними захворюваннями; обстеження і лікування інфекційних хворих, яких спостерігають вдома, а також прибулих з-за кордону; клінічне спостереження за контактними особами в епідемічних осередках).
3. Організація диспансерного спостереження за особами, які перехворіли на гострі інфекції, особами з хронічними формами інфекційних хвороб, а також бактеріо-, вірусо- і паразитозами (облік тих, хто підлягає диспансеризації, проведення необхідних лікувально-оздоровчих заходів, зняття з обліку осіб, які вже одужали).
4. Організація протиепідемічної роботи в поліклініці і на лікарських дільницях (інструктаж лікарів і медсестер про проведення дезінфекції в епідемічних осередках при різних інфекційних хворобах і контроль за її якістю, перевірка поточної дезінфекції і стерилізації медичного інструментарію в поліклініці, організація профілактичних щеплень - планових і за епідемічними показаннями, складання і перегляд документації та упаковок, що зберігаються в поліклініці для захисту на випадок біологічної війни).
5. Підвищення кваліфікації лікарів і медсестер поліклініки з діагностики, лікування і профілактики інфекційних хвороб (проведення лікарських конференцій, практичних занять з медсестрами, аналіз роботи дільничних лікарів і патронажу медсестер в епідемічних осередках із наступними рекомендаціями, розбір діагностичних помилок, ознайомлення з новими наказами, інструкціями, методичними рекомендаціями, інформаційними листівками і спеціальною літературою, аналіз виконання лікарями поліклініки директивних вказівок, теоретичні заняття і тренування на випадок заносу карантинних інфекцій і згідно з планом цивільної оборони).

6. Санітарно-освітня робота серед населення, підготовка профільованого активу для надання допомоги органам охорони здоров'я у здійсненні протиепідемічних заходів у випадку масових інфекційних захворювань.
7. Систематичний аналіз динаміки інфекційної захворюваності, якості та ефективності лікувально-діагностичних, профілактичних і протиепідемічних заходів на території, яка закріплена за поліклінікою; складання періодичних звітів.
8. КІЗ проводить свою роботу не тільки в тісному взаємозв'язку з інфекційною лікарнею, але й з територіальним центром санітарно-епідеміологічного нагляду. У цьому випадку лікар КІЗу приймає участь у розробці комплексних планів-заходів з боротьби з інфекційними хворобами і контролю за їх виконанням.

Лікар КІЗу подає в санітарно-епідеміологічну станцію звіти про рух інфекційної захворюваності (по місяцях і за рік), захворювання на грип та інші ГРВІ (щоденно під час епідемії), профілактичні заходи (щокварталу), річний звіт про діяльність кабінету.

У річному звіті про діяльність КІЗу крім короткої довідки про штати і обладнання лікар приводить детальний аналіз інфекційної захворюваності за рік, що минув, порівняно з даними попереднього року, наводить конкретні дані про виконання плану заходів за всіма позиціями, дає пропозиції щодо поліпшення методичної, лікувально-діагностичної і диспансерної роботи.

ПИТАННЯ ДЛЯ КОНТРОЛЮ ЗАСВОЄННЯ ЗНАНЬ

1. Структура та штат працівників типового кабінету інфекційних захворювань поліклініки.
2. Функції кабінету інфекційних захворювань поліклініки.
3. Протиепідемічна робота лікаря КІЗу поліклініки.
4. Профілактична робота лікаря КІЗу поліклініки.
5. Облікова документація в кабінеті інфекційних захворювань.
6. Медична документація, з якою працює лікар КІЗу поліклініки.
7. Розділи плану боротьби з інфекційними захворюваннями, який складає лікар КІЗу поліклініки.
8. Нормативно-правові документи, якими в своїй роботі керується лікар КІЗу поліклініки.
9. Контроль за своєчасністю та повнотою проведення первинних протиепідемічних заходів в осередку інфекційного захворювання.
10. Диспансерне спостереження за особами, що перехворіли на інфекційні захворювання.
11. Організація спостереження у КІЗі за особами, що прибули з тропічних країн.

ТЕСТОВІ ЗАВДАННЯ

1. При відкритті кабінетів інфекційних захворювань пропонується врахувати наявність таких приміщень:
 - A. Кабінет лікаря та кабінет медичної сестри.
 - B. Приміщення для зберігання медичного обладнання та інструментарію.
 - C. Процедурна, маніпуляційна.
 - D. Приміщення для зберігання інвентарю для прибирання приміщень, туалет для хворих.
 - E. Все зазначене.

2. Виключить пункт, який не має відношення до функціональних обов'язків лікаря кабінету інфекційних захворювань поліклініки.
 - A. Забезпечувати своєчасну якісну діагностику та госпіталізацію інфекційних хворих, а також медичну допомогу в амбулаторних умовах.
 - B. Здійснювати контроль за лікуванням дітей з інфекційними хворобами в домашніх умовах, яким за епідеміологічними показаннями не обов'язкова госпіталізація, доліковуванням реконвалесцентів після виписки з стаціонару
 - C. Надавати консультативну допомогу інфекційним хворим в поліклініках, соматичних стаціонарах, вдома.
 - D. Організовувати та проводити обстеження факторів передачі збудників.
 - E. Проводити експертну оцінку ефективності диспансеризації

3. Вихователька дитячого садочку виписана із інфекційного стаціонару після гострої шигельозу (діагноз було підтверджено за клінічними та бактеріологічними даними). Які протиепідемічні заходи необхідно провести щодо перехворілої?
 - A. Нічого не проводити.
 - B. Ізоляцію за місцем проживання.
 - C. Медичний нагляд.

- D. Диспансерний нагляд лікарем КІЗу.
 - E. Вакцинацію.
4. Які розділи плану боротьби з інфекційними захворюваннями складає лікар кабінету інфекційних захворювань поліклініки?
- A. Організаційно-методична робота.
 - B. Профілактичні заходи.
 - C. Протиепідемічні заходи.
 - D. Санітарно-освітня робота.
 - E. Всі зазначені.
5. Визначить, з якою обліковою документацією працює лікар кабінету інфекційних захворювань поліклініки?
- A. Екстрені повідомлення (ф. № 058/о).
 - B. Статистичні талони (ф. № 025-2/о).
 - C. Журнали обліку інфекційних хворих (ф. №060/о).
 - D. Журнал обліку роботи кабінету інфекційних захворювань (ф.№ 128/о).
 - E. Зі всіма зазначеними.
6. Планова вибіркова імунізація проводиться:
- A. Дітям, які оформлюють документи у дитячий заклад.
 - B. Дітям, які досягли відповідного віку.
 - C. Людям, які мають ризик зараження у зв'язку з характером діяльності.
 - D. Контактним в осередках.
 - E. Людям при виїзді за кордон.
7. Щорічно у місті Н. реєструються епідемічні підйоми захворюваності на грип. У минулому році практично все населення міста було щеплено проти грипу. Згідно з прогнозом центру грипу та ГРВІ на території України передбачається наступна епідемія. Якому контингенту населення слід рекомендувати проводити профілактичні щеплення проти грипу?
- A. Не рекомендувати проводити щеплення.
 - B. Особам, які не були щеплені в минулому році.

- C. Дорослим та дітям одноразово.
- D. Дорослим та дітям одноразово, а дітям не щепленим раніше – дворазово.
- E. Старшим за 60 років та особам, що мають в анамнезі хронічні захворювання.

8. Визначить основні завданнями діяльності кабінету інфекційних захворювань поліклініки.

- A. Проведення лікувально-діагностичної та консультативної допомоги інфекційним хворим та організація диспансерного спостереження за перехворілими на інфекційні хвороби, також ВІЛ-інфікованими хворими.
- B. Вивчення та аналіз динаміки інфекційної захворюваності, розробка заходів щодо її зниження; підвищення рівня діагностики та якості лікування інфекційних хворих.
- C. Організаційно-методична та робота по профілактиці, діагностиці, лікуванню інфекційних хвороб, організація навчання лікарів та середнього медичного персоналу з питань інфекційних захворювань, у тому числі ВІЛ-інфекції.
- D. Організація та проведення санітарно-освітньої роботи.
- E. Все зазначене.

9. Штат працівників типового кабінету інфекційних захворювань поліклініки визначається із розрахунку на 50 тисяч дорослого населення і включає:

- A. 1 лікар, 1 медсестра.
- B. 1 лікар, 1 медсестра, 1 санітарка.
- C. 1 лікар, 2 медсестри, 1 санітарка.
- D. 1 лікар, 2 медсестри, 1 санітарки.
- E. 2 лікарів (1 з них – завідувач КІЗу), 1 медсестра, 1 санітарка.

10. Визначить, на підставі яких документів лікар КІЗу має здійснювати облік хворих на інфекційні захворювання, бактеріоносіїв, паразитоносіїв?

- A. Екстрених повідомлень (ф. № 058/о).

- B. Статистичних талонів (ф. № 025-2/о).
 - C. Журналів обліку інфекційних хворих (ф. №060/о).
 - D. Вірно А і В.
 - E. Вірно А,В і С.
11. Хворого на черевний тиф виписано з інфекційної лікарні за даними лабораторних та клінічних досліджень. Які протиепідемічні заходи необхідно провести щодо перехворілого на черевний тиф?
- A. Нічого не проводити.
 - B. Ізоляцію за місцем проживання.
 - C. Медичний нагляд.
 - D. Диспансерний нагляд лікарем КІЗу.
 - E. Вакцинацію
12. Визначить основні види протиепідемічної роботи лікаря кабінету інфекційних захворювань поліклініки.
- A. Здійснювати контроль за своєчасним виявленням інфекційних захворювань сімейними лікарями та лікарями інших спеціальностей.
 - B. Надавати консультативну допомогу інфекційним хворим в поліклініках, соматичних стаціонарах, вдома.
 - C. Організувати своєчасне обстеження в осередках інфекційних захворювань.
 - D. Забезпечувати диспансеризацію та динамічне спостереження за інфекційними хворими, в тому числі ВІЛ-інфікованими, реконвалесцентами інфекційних захворювань.
 - E. Все зазначене.
13. Визначить основні види профілактичної роботи лікаря кабінету інфекційних захворювань поліклініки.
- A. Брати участь у складанні комплексного плану з профілактики інфекційних захворювань, протиепідемічних заходів щодо санітарної

охорони території від занесення та розповсюдження особливо небезпечних інфекцій.

- В. Організувати навчання та прийом заліків у медичного персоналу лікувально-профілактичного закладу з питань профілактики, діагностики та лікування інфекційних захворювань
- С. Брати участь в організації та проведенні санітарно-освітньої роботи серед населення.
- Д. Здійснювати контроль за роботою медичного персоналу навчальних закладів з метою раннього виявлення та профілактики інфекційних захворювань.
- Е. Все зазначене.

14. Які види діяльності повинні бути враховані при плануванні роботи лікаря кабінету інфекційних захворювань поліклініки?

- А. Прийом реконвалесцентів і хворих, які знаходяться на диспансерному обліку та проведення консультативної роботи в поліклініці.
- В. Проведення консультативної роботи в поліклініці, стаціонарі, вдома; робота в осередках інфекційних захворювань.
- С. Організаційно-методична, підготовка і проведення навчання персоналу.
- Д. Санітарно-освітня робота.
- Е. Все зазначене.

15. Учня професійно-технічного училища, який переніс дифтерію, виписано з інфекційної лікарні за даними лабораторних та клінічних досліджень. Які протиепідемічні заходи необхідно провести щодо перехворілого на дифтерію?

- А. Нічого не проводити.
- В. Ізоляцію за місцем проживання.
- С. Медичний нагляд.
- Д. Диспансерний нагляд лікарем КІЗу.
- Е. Вакцинацію.

16. Епідеміологічне обстеження осередку проводиться згідно з:
- A. Терміновим повідомленням при інфекційне захворювання (ф.058/о).
 - B. Картою епідеміологічного обстеження (ф.357/о).
 - C. Статистичним талоном (0.25-2/о).
 - D. Журналом обліку інфекційних захворювань (ф.60/о).
 - E. Контрольною картою диспансерного огляду (ф.030/о).
17. Визначить, якими нормативно-правовими документами керується в своїй роботі лікар кабінету інфекційних захворювань поліклініки ?
- A. Конституція України.
 - B. Закон України «Про забезпечення санітарного та епідемічного благополуччя населення».
 - C. Закон України «Про захист населення від інфекційних хвороб».
 - D. Накази МОЗ України.
 - E. Всіма зазначеними.
18. Виключить пункт, який не має відношення до функціональних обов'язків лікаря кабінету інфекційних захворювань поліклініки.
- A. Здійснювати контроль за роботою медичного персоналу навчальних закладів з метою раннього виявлення та профілактики інфекційних захворювань.
 - B. Брати участь у розслідуванні та ліквідації вогнищ інфекційних захворювань.
 - C. Організувати навчання та прийом заліків у медичного персоналу лікувально-профілактичного закладу з питань профілактики, діагностики та лікування інфекційних захворювань.
 - D. Встановлювати режимно-обмежувальних заходів.
 - E. Брати участь в організації та проведенні санітарно-освітньої роботи серед населення.
19. Визначить, з якою обліковою документацією працює лікар кабінету інфекційних захворювань поліклініки?

- A. Екстрені повідомлення (ф. № 058/о).
- B. Статистичні талони (ф. № 025-2/о).
- C. Журнали обліку інфекційних хворих (ф. №060/о).
- D. Журнал обліку роботи кабінету інфекційних захворювань (ф.№ 128/о).
- E. Зі всіма зазначеними.

20. Вчительку молодших класів школи, яка перехворіла на менінгококову інфекцію, виписано з інфекційної лікарні за даними лабораторних та клінічних досліджень. Які протиепідемічні заходи необхідно провести щодо перехворілої на менінгококову інфекцію?

- A. Нічого не проводити.
- B. Ізоляцію за місцем проживання.
- C. Медичний нагляд.
- D. Диспансерний нагляд лікарем КІЗу.
- E. Вакцинацію

21. Визначить, які функціональні обов'язки повинен виконувати лікар кабінету інфекційних захворювань дитячої поліклініки?

- A. Проводити аналіз динаміки інфекційної захворюваності та ефективності лікувально-діагностичної роботи поліклініки.
- B. Проводити експертизу тимчасової втрати працездатності дітей до 17 років включно та по догляду за ними внаслідок інфекційних захворювань.
- C. Брати участь у складанні комплексного плану з профілактики інфекційних захворювань, протиепідемічних заходів щодо санітарної охорони території від занесення та розповсюдження особливо небезпечних інфекцій.
- D. Організувати спостереження за особами, що прибули з тропічних країн.
- E. Все зазначене.

22. Хворого на вірусний гепатит А виписано з інфекційної лікарні за даними лабораторних та клінічних досліджень. Які протиепідемічні заходи необхідно провести щодо перехворілого на вірусний гепатит А?
- A. Нічого не проводити.
 - B. Ізоляцію за місцем проживання.
 - C. Медичний нагляд.
 - D. Диспансерний нагляд лікарем КІЗу.
 - E. Вакцинацію
23. Студент Н., 20 років, перехворів на черевний тиф. На який термін рекомендовано звільнення його від відвідування занять з фізичної культури?
- A. 2 -3 тижні
 - B. 1 - 2 місяці
 - C. 2 - 3 місяці
 - D. 3 – 4 місяці
 - E. 5 -6 місяці
24. Хворий С., сантехнік, перехворів на черевний тиф. Скільки йому треба перебувати на диспансерному обліку яка кратність їх обстеження на посіви сечі та випорожнень?
- A. 1 рік, з обстеженням 2 рази на рік
 - B. 1 рік, з обстеженням 4 рази на рік
 - C. 2 роки, з обстеженням 1 раз на рік
 - D. 2 роки, з обстеженням 2 рази на рік
 - E. 2 роки, з обстеженням 4 рази на рік
25. Хвора А., 35 років, кондитер, реконвалесцент черевного тифу, через 1 місяць після виписки зі стаціонару отримала негативний результат обстеження сечі і випорожнень на черевний тиф. Яка подальша тактика нагляду та кратність обстеження на *Salmonella typhi* ?
- A. 5-разове бактеріологічне дослідження калу і сечі та одноразове жовчі

- В. протягом 3-х наступних місяців 1 раз на місяць посів калу і сечі, а в кінці 3-го місяця - жовчі
- С. через 3 місяці повторне 5-ти разове дослідження посів калу і сечі з інтервалом 1-2 дні, одноразово - жовчі
- Д. 4-разове бактеріологічне дослідження калу і сечі та 2-х разове жовчі
- Е. протягом 3-х наступних місяців 1 раз посів калу і сечі, та одноразово - жовчі
26. Хвора Л., 45 років, вчителька, реконвалесцент черевного тифу, через 1 місяць після виписки зі стаціонару отримала позитивний результат обстеження на черевний тиф. Яка подальша тактика нагляду та кратність обстеження на *Salmonella typhi* ?
- А. 5-разове бактеріологічне дослідження калу і сечі та одноразове жовчі
- В. протягом 3-х наступних місяців 1 раз на місяць посів калу і сечі, а в кінці 3-го місяця - жовчі
- С. через 3 місяці повторне 5-ти разове дослідження посів калу і сечі з інтервалом 1-2 дні, одноразово - жовчі
- Д. 4-разове бактеріологічне дослідження калу і сечі та 2-х разове жовчі
- Е. протягом 3-х наступних місяців 1 раз посів калу і сечі, та одноразово - жовчі
27. Хворий К., 36 років, реконвалесцент холери. Скільки здійснюється диспансерний нагляд та яка кратність бактеріологічного обстеження випорожнень?
- А. 1 місяць, з дослідженням посіву калу 1 раз на 10 днів
- В. 2 місяці, з дослідженням посіву калу 1 раз на 10 днів
- С. 3 місяці, з дослідженням посіву калу 1 раз на 10 днів
- Д. 3 місяці, з дослідженням посіву калу 1 раз на 10 днів, потім 1 раз на місяць
- Е. 6 місяців, з дослідженням посіву калу 1 раз на 10 днів, потім 1 раз на місяць

28. Хворий Л., реконвалесцент вірусного гепатиту А, середнього ступеню важкості. На який термін йому рекомендовано дотримання харчового режиму, дієти та раціональне працевлаштування?
- A. 1 місяць
 - B. 2 - 3 місяці
 - C. 3 - 6 місяців
 - D. 6 -12 місяців
 - E. 2 – 3 роки
29. Хворий А., 23 роки, реконвалесцент вірусного гепатиту В, тяжкого перебігу. На який термін йому рекомендовано диспансерний облік?
- A. 3 місяці
 - B. 3 місяців
 - C. 9 місяців
 - D. 12 місяців
 - E. 18 місяців
30. Хворий Е., 22 роки, реконвалесцент вірусного гепатиту В, середнього ступеню важкості. Які терміни відвідування лікаря КІЗу після виписки?
- A. через 1, 3, 6, 9 місяців
 - B. через 3, 6, 9, 12 місяців
 - C. через 3, 6, 12, 18 місяців
 - D. через 1, 3, 6, 12 місяців
 - E. через 1, 3, 6, 12, 18 місяців

Еталони відповідей

1	E		11	D		21	E
2	D		12	E		22	D
3	D		13	E		23	C
4	E		14	E		24	D
5	E		15	D		25	B
6	C		16	A		26	C
7	C		17	E		27	D
8	E		18	D		28	C
9	B		19	E		29	D
10	E		20	D		30	B

БІБЛІОГРАФІЧНИЙ СПИСОК

1. Андрейчин М.А., Копча В.С. Епідеміологія: підруч. – Тернопіль: Укрмедкнига, 2000, 382с.
2. Возіанова Ж.І. Інфекційні і паразитарні хвороби. У 3-х т.: навчальний посібник для студ. вищих мед. закладів III-IV рівня акредитації, лікарів-інтернів, курсантів і практичних лікарів /Возіанова Ж. І. – К.: Здоров'я, 2000 - 2002.
3. Гепатит С: епідеміологія, діагностика, клініка, лікування /Громашевська Л.Л., Гураль А.Л., Марієвський В.Ф., Вовк А.Д., Сергеева Т.А., Шагінян В.Р., Матяш В.І. //Методичні рекомендації, Київ, 2003. - 31 с.
4. Діагностика, терапія і профілактика інфекційних хвороб в умовах поліклініки /За ред. М.А. Андрейчина. - 2-ге вид., переробл. і доповн. - Л.: вид-во "Медична газета України", 1996. - 352 с.
5. Закон України №1645-III від 06.04.2000 р. «Про захист населення від інфекційних хвороб».
6. Закон України №2801-XII від 19.11.1992 р. «Основи законодавства України про охорону здоров'я».
7. Закон України №4004-XII від 24.02.1994 р. «Про забезпечення санітарного та епідемічного благополуччя населення».
8. Інструкція МОЗ України «З лабораторної діагностики сибірки у людей, в сировині тваринного походження та об'єктах довкілля», Київ; 2003 р.
9. Инфекционные болезни и эпидемиология: Учебник /В.И. Покровский, С.Г. Пак, Н.И. Брико, Б.К. Данилкин. - 2-е изд. - М.: ГЭОТАР-Медиа, 2007. - 816 с.: ил.
10. Инфекционные болезни: национальное руководство /под ред. Н.Д. Ющука, Ю.Я. Венгерова. М.: ГЭОТАР-Медиа, 2009. – 1056 с.
11. Інфекційні хвороби в загальній практиці та сімейній медицині / За ред. М. А. Андрейчина. – Тернопіль: ТДМУ, 2007. – 500 с.
12. Інфекційні хвороби: Нормативне виробничо-практичне видання. У 2-х ч. К.:МНІФЦ медичної статистики; МВЦ «Медінформ», 2011.- Ч.І.-408 с., Ч.ІІ.- 420 с.

13. Інфекційні хвороби: підручник /За ред.. О.А. Голубовської. – К.: ВСВ «Медицина», 2012. – 728 с.
14. Кабінет інфекційних захворювань: Навчальний посібник //Івахів О.Л., Грицко Р.Ю., Кіселик І.О. – Тернопіль, Укрмедкнига, 2006. – 233 с.
15. Медико-соціальна експертиза і реабілітація ВІЛ-інфікованих та хворих СНІД: навчально-методичний посібник / За ред.. Л.Ю. Науменка. – Харків: Кроссрууд, 2012. – 552 с.
16. Международные медико-санитарные правила. 2005. Второе издание. Всемирная Организация Здравоохранения. — Женева, ВОЗ, 2008. — 82 с.
17. Наказ Міністрації України №145 від 02.06.2003 р. «Про умови оплати праці медичних та інших працівників за період роботи по ліквідації епідемій і спалахів інфекційних хвороб, а також в осередках особливо небезпечних і небезпечних інфекційних хвороб».
18. Наказ МОЗ України №1 від 10.01.2006 р. «Про затвердження Форм первинної облікової документації з інфекційної, дерматовенерологічної, онкологічної захворюваності та інструкцій щодо їх заповнення».
19. Наказ МОЗ України №110 від 14.02.2012 р. «Про затвердження форм первинної облікової документації та інструкцій щодо їх заповнення, що використовуються у закладах охорони здоров'я незалежно від форми власності та підпорядкування».
20. Наказ МОЗ України №113 від 12.03.2007 р. «Про затвердження методичних вказівок планування заходів щодо попередження занесення і поширення в Україні небезпечних інфекційних хвороб».
21. Наказ МОЗ України №120 від 25.05.2000 р. «Про вдосконалення організації медичної допомоги хворим на ВІЛ-інфекцію/СНІД».
22. Наказ МОЗ України №133 від 19.07.1995 р. «Про затвердження Переліку особливо небезпечних, небезпечних інфекційних та паразитарних хвороб людини і носійства збудників цих хвороб».
23. Наказ МОЗ України №159 від 02.04.2007 р. «Про порядок організації дозорного епідеміологічного нагляду за бактеріальними менінгітами та

рентгенологічно підтвердженими пневмоніями в період впровадження імунізації проти ХіВ-інфекції».

24. Наказ МОЗ України №167 від 30.05.1997 р. «Про удосконалення протихолерних заходів в Україні».

25. Наказ МОЗ України №185 від 07.04.2004 р. «Про оптимізацію комплексу протиепідемічних заходів при виявленні захворювань, що викликані холерними та іншими патогенними вібріонами».

26. Наказ МОЗ України №188 від 17.05.2001 р. «Про зміни обсягу досліджень на холеру».

27. Наказ МОЗ України №188 від 17.05.2005 р. «Про затвердження інструкції щодо організації епідеміологічного нагляду за кором».

28. Наказ МОЗ України №191 від 05.05.2003 р. Про затвердження тимчасових державних соціальних нормативів надання медичної допомоги за спеціальністю "загальна практика - сімейна медицина".

29. Наказ МОЗ України №192 від 03.08.1999 р. «Про заходи щодо покращання бактеріологічної діагностики дифтерії в Україні».

30. Наказ МОЗ України №196 від 14.07.1998 р. «Про посилення заходів щодо попередження захворювань на поліомієліт в Україні».

31. Наказ МОЗ України №198 від 05.08.1999 р. «Про вдосконалення профілактики, діагностики та лікування правця».

32. Наказ МОЗ України №205 від 15.04.2004 р. «Про удосконалення заходів профілактики захворювань людей на сказ».

33. Наказ МОЗ України №212 від 18.04.2008 р. «Про затвердження методичних вказівок для медичних працівників кабінетів (пунктів) щеплень, виїзних (тимчасових) та мобільних бригад».

34. Наказ МОЗ України №218 від 16.05.2005 р. «Про посилення заходів з діагностики та профілактики іксодових кліщових бореліозів в Україні».

35. Наказ МОЗ України №237 від 30.07.1996 р. «Про затвердження Порядку організації стаціонарів вдома для дорослих, хворих на легкі форми вірусного гепатиту А».

36. Наказ МОЗ України №240 від 01.10.1999 р. «Про заходи щодо попередження захворюваності населення України на гепатит А».
37. Наказ МОЗ України №246 від 21.12.1993 р. «Про удосконалення заходів профілактики епідемічного висипного тифу та хвороби Бриля».
38. Наказ МОЗ України №280 від 23.07.2002 р. «Щодо організації проведення обов'язкових профілактичних медичних оглядів працівників окремих професій, виробництв і організацій, діяльність яких пов'язана з обслуговуванням населення і може привести до поширення інфекційних хвороб».
39. Наказ МОЗ України №30 від 09.02.1998 р. «Про заходи щодо профілактики і боротьби з грипом та гострими респіраторними інфекціями в Україні».
40. Наказ МОЗ України №314 від 09.07.2003 р. «Про заходи з профілактики захворювань на сибірку».
41. Наказ МОЗ України №342 від 23.07.2003 р. «Про заходи щодо профілактики захворювань на туляремію».
42. Наказ МОЗ України №354 від 09.07.2004 р. «Про затвердження протоколів діагностики та лікування інфекційних хвороб у дітей».
43. Наказ МОЗ України №378 від 02.06 2009 р. «Про затвердження форм звітності з інфекційних і паразитарних захворювань, щеплень проти окремих інфекційних хвороб та інструкцій щодо їх заповнення».
44. Наказ МОЗ України №388 11.05.2010 р. «Про удосконалення діагностики ВІЛ-інфекції».
45. Наказ МОЗ України №415 від 19.08.2005 р. «Про удосконалення добровільного консультування і тестування на ВІЛ-інфекцію».
46. Наказ МОЗ України №429 від 27.11.2002 р. «Про впровадження в практику установ та закладів охорони здоров'я санітарно-епідеміологічних установ методичних вказівок з епідеміологічного нагляду за пріонними інфекціями».
47. Наказ МОЗ України № 434 від 03.07.2006 р. «Про затвердження протоколів надання медичної допомоги за спеціальністю «Паразитологія»».
48. Наказ МОЗ України №44 від 28.01.2009 р. «Про затвердження клінічного протоколу з діагностики та лікування краснухи у дітей».

49. Наказ МОЗ України №463 від 08.08.2007 р. «Про затвердження методичних рекомендацій «Епідеміологія, лабораторна діагностика та профілактика легіонельозу»».
50. Наказ МОЗ України №467 від 23.09.2004 р. «Про затвердження методичних рекомендацій щодо застосування швидких тестів для перевірки крові на інфекційні хвороби, облікової форми та інструкції щодо її заповнення».
51. Наказ МОЗ України №488 від 17.07.2006 р. «Про заходи щодо профілактики і боротьби з пташиним грипом та запобігання виникненню його пандемії».
52. Наказ МОЗ України №501 від 20.07.2006 р. «Щодо проведення дозорного епідемічного нагляду за ротавірусною інфекцією».
53. Наказ МОЗ України №503 від 28.08.1998 р. Про затвердження методичних рекомендацій "Кодування захворюваності та смертності у відповідності до Міжнародної статистичної класифікації хвороб та споріднених проблем охорони здоров'я Десятого перегляду".
54. Наказ МОЗ України №507 від 28.12.2002 р. «Про затвердження нормативів надання медичної допомоги та показників якості медичної допомоги», Додаток 1.1.6 «Нормативи надання медичної допомоги дорослому населенню в амбулаторно-поліклінічних закладах за спеціальністю Інфекційні хвороби».
55. Наказ МОЗ України №590 від 12.08.2009 р. «Про затвердження методичних рекомендацій «Принципи діагностики та лікування хворих на гострі респіраторні вірусні захворювання»».
56. Наказ МОЗ України №595 від 16.09.2011 р. «Про порядок проведення профілактичних щеплень в Україні та контроль якості й обігу медичних імунобіологічних препаратів».
57. Наказ МОЗ України №628 від 27.07.2010 р. «Про затвердження Методичних рекомендацій «Фенотипові характеристики недифтерійних коринебактерій та їх клініко-епідеміологічне значення»».
58. Наказ МОЗ України №640/663 від 24.12.2004 р. «Про затвердження форм первинної облікової документації та форм звітності з питань ВІЛ-інфекції».

59. Наказ МОЗ України №740/1030/4154/321/614а від 23.11.2007 р. «Про заходи щодо організації профілактики передачі ВІЛ від матері до дитини, медичної допомоги і соціального супроводу ВІЛ-інфікованих дітей та їх сімей».
60. Наказ МОЗ України №795 від 02.11.2009 р. «Про порядок взаємодії лікувально-профілактичних закладів в умовах підвищеної захворюваності населення України на гострі респіраторні інфекції та пандемічний грип, викликаний вірусом (А Н1/Н1 Каліфорнія)».
61. Наказ МОЗ України №798 від 21.09.2010 р. «Про затвердження методичних рекомендацій «Хірургічна та гігієнічна обробка рук медичного персоналу»».
62. Наказ МОЗ України №813 від 07.11.2009 р. «Про затвердження Алгоритму надання медичної допомоги хворим на пандемічний грип, викликаний вірусом (А Н1/Н1 Каліфорнія)».
63. Наказ МОЗ України №826 від 30.12.2008 р. «Про затвердження клінічного протоколу діагностики та лікування вірусного гепатиту С у дорослих, хворих на ВІЛ-інфекцію».
64. Наказ МОЗ України №830 від 13.11.2009 р. «Про затвердження медичного сортування хворих на пандемічний грип, викликаний вірусом (А Н1/Н1 Каліфорнія)».
65. Наказ МОЗ України №898 від 27.12.2006 р. «Про затвердження Порядку здійснення нагляду за побічними реакціями лікарських засобів, дозволених до медичного застосування».
66. Наказ МОЗ України №922 від 04.12.2009 р. «Про організацію вірусологічних досліджень на грип та гострі респіраторні вірусні інфекції в Україні в період пандемії».
67. Наказ МОЗ України №933 від 01.11.2010 р. «Про затвердження обов'язкового мінімального асортименту лікарських засобів і виробів медичного призначення для аптек та аптечних пунктів на період загрози епідемії грипу».
68. Наказ МОЗ України №96 від 15.04.1998 р. «Про удосконалення заходів щодо попередження захворювань на поліомієліт в Україні».

69. Наказ МОЗ України №971 від 19.12.2009 р. «Про затвердження тимчасових методичних рекомендацій щодо запровадження інфекційного контролю у лікувально-профілактичних установах для запобігання ураження пандемічним вірусом грипу А (H1N1 2009)».
70. Наказ МОЗ УРСР №579 від 15.10.1986 р. «Про посилення боротьби з гельмінтозами в УРСР».
71. Наказ МОЗ, Мінпраці, ФССТВП, ФССНВ №532/274/136-ос/1406 від 03.11.2004 р. «Про затвердження зразка, технічного опису листка непрацездатності в інструкції про порядок заповнення листка непрацездатності».
72. Організація та проведення виробничої практики студентів V курсу медичного факультету з епідеміології та інфекційних хвороб. /Г.М. Дубинська, П.М. Козюк, О.М. Ізюмська, В.А. Полторапавлов, Л.Ф. Богініч, Н.П. Лиманенко, А.В. Єсіпов, Н.З. Баштан, Т.І. Коваль, О.М. Минак, Т.В. Кузь //Методичні рекомендації. Полтава. АСМІ. 2007. – 121с.
73. Організація та проведення первинних заходів при виявленні хворого (трупа) або підозрі на зараження карантинними інфекціями, контагіозними вірусними геморагічними гарячками та іншими небезпечними інфекційними хворобами неясної етіології. - Методичні вказівки МОЗ України 1.9.9.3.1.- 100.- 2003.- Київ, 2003. - 44 с.
74. Постанова КМ України №1642 від 16.10.1998 р. «Про затвердження Порядку та умов обов'язкового страхування медичних працівників та інших осіб на випадок інфікування ВІЛ під час виконання ними професійних обов'язків, а також на випадок настання у зв'язку з цим інвалідності або смерті від захворювань, зумовлених розвитком ВІЛ-інфекції, і переліку категорій медичних працівників та інших осіб, які підлягають обов'язковому страхуванню на випадок інфікування ВІЛ під час виконання ними професійних обов'язків, а також на випадок настання у зв'язку з цим інвалідності або смерті від захворювань, зумовлених розвитком ВІЛ-інфекції».
75. Постанова КМ України №893 від 22.08.2011 р. «Про затвердження Правил санітарної охорони території України».

76. Постанова КМ України №955 від 11.07.2002 р. «Про затвердження Програми подання громадянам гарантованої державою безоплатної медичної допомоги».
77. Приказ МЗ СССР №916 от 04.08.1983 г. «Об утверждении Инструкции по санитарно-противоэпидемическому режиму и охране труда персонала инфекционных больниц (отделений)».
78. Приказ МЗ СССР №770 от 10.06.1985 г. ОСТ 42-21-2-85 взамен ОСТ 42-2-2-77 «Стерилизация, дезинфекция изделий медицинского назначения. Методы, средства и режимы».
79. Приказ МЗ СССР №139 от 02.03.89 г. «О мероприятиях по снижению заболеваемости брюшным тифом и паратифами в стране».
80. Приказ МЗ СССР №408 от 12.07.1989 г. «О мерах по снижению заболеваемости вирусными гепатитами в стране».
81. Приказ МЗ СССР №475 от 16.08.1989 г. «О мерах по совершенствованию профилактики заболеваемости острыми кишечными инфекциями в стране».
82. Приказ МЗ СССР №171 от 24.04.1990 г. «Об эпидемиологическом надзоре за малярией».
83. Руководство по инфекционным болезням /под ред. Ю.В. Лобзина. СПб.: «Издательство Фолиант», 2000. – 768 с.
84. Соціальна медицина та організація охорони здоров'я /Під заг. ред. Ю.В. Вороненка, В.Ф. Москаленка. – Тернопіль: Укрмедкнига, 2000. – 680 с.
85. Учайкин В.Ф. Инфекционные болезни и вакцинопрофилактика у детей : учебное пособие для студентов, обучающихся по специальности 060103 (040200) – Педиатрия /Учайкин В.Ф., Нисевич Н.И., Шамшева О.В.. М. : ГЭОТАР-Медиа, 2007. – 688 с.
86. Учайкин В.Ф. Руководство по инфекционным болезням у детей. - М. : ГЭОТАР-Мед, 2002. – 824 с.

ПРЕДМЕТНИЙ ПОКАЖЧИК

Амебіаз 26, 125, 127

Аскаридоз 32, 35

Бешиха 32, 35, 127

Ботулізм 36, 125, 127

Бруцельоз 36, 125, 146

ВІЛ / СНІД 6, 12, 13, 25, 26, 32, 37, 74, 76-79, 84, 125, 127, 139, 162-174

Вірусні гепатити 6, 12, 13, 17, 19, 21, 32, 38, 73, 75-77, 80, 88, 125,

127, 129, 134, 142, 143, 147, 148, 153

Вітряна віспа 32, 42, 125, 128, 129, 142, 143, 148

Гельмінтози 18, 23, 32, 59, 79

Геморагічні гарячки 22, 23, 28, 79, 125, 127, 128, 146

Гемофільна інфекція (Ніб- інфекція) 75, 127, 134, 141, 153, 158

Грип та ГРВІ 6, 17-22, 26, 30, 32, 43, 59, 60, 76-78, 125, 127, 139, 144, 147

Дифтерія 26, 28, 44, 75, 77, 87, 125, 127, 130, 134, 147, 153, 155

Ентеробіоз 26, 44

Еризепілоїд 32, 44

Кампілобактеріоз 26, 125, 127

Карантинні інфекції 17, 22, 29, 74, 79

Кашлюк 32, 45, 87, 125, 127, 134, 144, 148, 153, 155

Кишковий ієрсиніоз 26, 45, 125, 127

Кір 19, 26, 32, 46, 75, 88, 125, 127, 130, 134, 144, 148

Краснуха 32, 46, 76, 88, 125, 127, 134, 144, 148

Лептоспіроз 32, 46, 125, 127, 131

Малярія 23, 25, 47, 80, 126, 128

Менінгококова інфекція 20, 22, 28, 48, 125, 127, 131, 141, 142, 145, 148

Паракашлюк 32, 45

Паротитна інфекція 19, 32, 48, 88, 125, 128, 133, 144, 148

Пневмококова інфекція 140, 145, 158

Поліомієліт 22, 26, 75, 78, 87, 126, 128, 131, 134, 147, 153

Правець 75, 87, 126, 128, 134, 147, 153, 155
131, 138, 150, 155, 157

Ротавірусна інфекція 77, 125, 127, 145, 153

Сальмонельоз 26, 30, 32, 49, 126, 128, 131

Сибірка 28, 50, 76, 126, 128, 148

Сказ 28, 75, 125, 127, 147

Скарлатина 32, 51, 127, 129, 132

Тифо-паратифозні захворювання 23, 25, 28, 51, 76, 80, 126, 128, 132

Токсикоінфекція харчова 18, 32, 95, 127

Токсоплазмоз 32, 52

Тонзиліти 32, 35, 52

Трихоцефальоз 32, 53

Туберкульоз 20, 21, 87, 126, 128, 134

Туляремія 54, 76, 126, 128, 146

Хвороба Лайма (кліщовий бореліоз) 32, 54, 75

Холера 22, 23, 28, 29, 54, 75, 128, 132, 148

Черевний тиф 17, 28, 55, 80, 126, 128, 129, 147

Чума 22, 23, 28, 29, 128, 146

Шигельоз (дизентерія) 17, 26, 30, 32, 57, 126, 128, 130

Щеплення 16, 20, 21, 22, 59, 75, 77, 80, 85, 87, 89, 92, 134

ДОДАТКИ

Додаток 1. Примірне положення про кабінет інфекційних захворювань

(Витяг з наказу МОЗ України № 434 від 29.11.2002 р.)

Примірне положення про кабінет інфекційних захворювань дитячої міської поліклініки (поліклінічного відділення, дитячої консультації)

1. При відкритті кабінетів інфекційних захворювань пропонується врахувати наявність таких приміщень:

1.1. Кабінет лікаря.

1.2. Кабінет медичної сестри.

1.3. Процедурна.

1.4. Маніпуляційна.

1.5. Приміщення для зберігання медичного обладнання та інструментарію.

1.6. Приміщення для зберігання інвентарю для прибирання приміщень.

1.7. Туалет для хворих.

Кабінет інфекційних захворювань повинен мати окремий вхід і вихід; не може суміщатись з іншими службами, кабінетами поліклініки.

2. На посаду лікаря кабінету інфекційних захворювань призначається лікар-інфекціоніст дитячий.

3. У своїй роботі лікар кабінету інфекційних захворювань керується цим Положенням, діючими наказами та інструкціями, які регламентують діяльність інфекційної служби.

4. Лікар кабінету інфекційних захворювань підпорядковується завідувачому поліклінікою або заступнику головного лікаря з поліклінічного розділу роботи. Методичне керівництво роботою кабінету здійснює районний (міський, обласний) інфекціоніст дитячий.

5. Основними завданнями діяльності кабінету інфекційних захворювань є:

- 5.1. Проведення лікувально-діагностичної та консультативної допомоги інфекційним хворим, у тому числі ВІЛ-інфікованим і хворим на СНІД.
- 5.2. Організація диспансерного спостереження за перехворілими на інфекційні хвороби, також ВІЛ-інфікованими і хворими на СНІД.
- 5.3. Вивчення та аналіз динаміки інфекційної захворюваності, розробка заходів щодо її зниження; підвищення рівня діагностики та якості лікування інфекційних хворих.
- 5.4. Організаційно-методична та робота по профілактиці, діагностиці, лікуванню інфекційних хвороб, організація навчання лікарів та середнього медичного персоналу з питань інфекційних захворювань, у тому числі СНІДу.
- 5.5. Організація та проведення санітарно-освітньої роботи.
6. Відповідно до вищезазначених завдань лікар кабінету інфекційних захворювань зобов'язаний:
 - 6.1. Забезпечити своєчасну якісну діагностику та госпіталізацію інфекційних хворих, а також медичну допомогу в амбулаторних умовах.
 - 6.2. Надавати консультативну допомогу інфекційним хворим в поліклініках, соматичних стаціонарах, вдома.
 - 6.3. Здійснювати контроль за лікуванням дітей з інфекційними хворобами в домашніх умовах, яким за епідеміологічними показаннями не обов'язкова госпіталізація, доліковуванням реконвалесцентів після виписки з стаціонару.
 - 6.4. Організовувати своєчасне обстеження у вогнищах інфекційних захворювань.
 - 6.5. Здійснювати контроль за своєчасним виявленням інфекційних захворювань лікарями-педіатрами дільничними та лікарями інших спеціальностей і проведенням профілактичних та протиепідемічних заходів.
 - 6.6. Забезпечувати диспансеризацію та динамічне спостереження за інфекційними хворими, в тому числі на СНІД та ВІЛ-інфікованими, реконвалесцентами інфекційних захворювань в установленому порядку.
 - 6.7. Використовувати в процесі диспансеризації для оцінки повноти одужання сучасні методи інструментального, лабораторного та апаратного обстеження.

- 6.8. Проводити експертну оцінку ефективності диспансеризації.
- 6.9. Здійснювати облік хворих на інфекційні захворювання, бактеріоносіїв, паразитоносіїв як за даними екстрених повідомлень (ф. № 058/о), так і за даними статистичних талонів (ф. № 025-2/о) та журналів обліку інфекційних (ф. №060/о) хворих.
- 6.10. Проводити аналіз динаміки інфекційної захворюваності та ефективності лікувально-діагностичної роботи поліклініки, експертизу тимчасової втрати працездатності дітей до 17 років включно та по догляду за ними, внаслідок інфекційних захворювань.
- 6.11. Брати участь в аналізі, плануванні та організації профілактичних щеплень прикріпленого до поліклініки дитячого населення.
- 6.12. Брати участь у складанні комплексного плану з профілактики інфекційних захворювань, протиепідемічних заходів щодо санітарної охорони території від занесення та розповсюдження особливо небезпечних інфекцій.
- 6.13. Здійснювати контроль за роботою медичного персоналу навчальних закладів з метою раннього виявлення та профілактики інфекційних захворювань.
- 6.14. Брати участь у розслідуванні та ліквідації вогнищ інфекційних захворювань.
- 6.15. Організовувати навчання та прийом заліків у медичного персоналу лікувально-профілактичного закладу з питань профілактики, діагностики та лікування інфекційних захворювань.
- 6.16. Брати участь в організації та проведенні санітарно-освітньої роботи серед населення.
- 6.17. Якісно та своєчасно вести медичну документацію згідно з діючими наказами та розпорядженнями. Складати звіти про діяльність кабінету, вести журнал обліку роботи кабінету інфекційних захворювань (ф. № 128/о).
7. Лікар інфекціоніст дитячий систематично підвищує свою кваліфікацію за всіма видами післядипломного навчання, а також шляхом участі в науково-практичних конференціях, семінарах.

8. При плануванні роботи лікаря кабінету інфекційних захворювань у графіках роботи кабінету враховуються години для прийому реконвалесцентів і хворих, які знаходяться на диспансерному обліку та проведення консультативної роботи в поліклініці, стаціонарі, вдома, роботи у вогнищах, організаційно-методичної, санітарно-освітньої роботи, підготовки і проведення навчання персоналу.

Додаток 2. Форми первинної облікової документації кабінету інфекційних захворювань

(Витяг з наказів МОЗ України №1 від 10.01.2006 р. та № 110 від 14.02.2012 р.)

ЗАТВЕРДЖЕНО
Наказ МОЗ України
10.01.2006 №1

Назва міністерства, іншого центрального органу виконавчої влади, органу місцевого самоврядування, у сфері управління якого перебуває заклад _____ Найменування та місцезнаходження (повна поштова адреса) закладу, відповідальні особи якого заповнили карту профілактичних щеплень _____ Ідентифікаційний код ЄДРПОУ _____	МЕДИЧНА ДОКУМЕНТАЦІЯ Форма первинної облікової документації № 063/о ЗАТВЕРДЖЕНО Наказ МОЗ України 1 0 0 1 2 0 0 6 № 1
---	---

КАРТА ПРОФІЛАКТИЧНИХ ЩЕПЛЕНЬ	
Взятий(а) на облік	
Дата заповнення	(число, місяць, рік)

Найменування дитячої установи (для організованих дітей) _____ Дільниця номер _____

1. Прізвище, ім'я, по батькові _____

2. Дата народження _____

3. Стать: чоловіча – 1, жіноча – 2
(число, місяць, рік)

4. Поштова адреса місця проживання: область _____, район _____, населений пункт _____, вулиця _____, буд. № _____, корп. № _____, кв. № _____

5. Мешкає у: місті – 1, селі – 2
Відмітки про зміну адреси _____

6. Щеплення проти туберкульозу						
Вид щеплення	Вік	Дата	Доза	Серія	Реакція на щеплення (місцева)	Медичні протипоказання (дата, причина)
Вакцинація						
Ревакцинація						

7. Щеплення проти поліомієліту												
Вакцинація				Ревакцинація								Медичні протипоказання (дата, причина)
Вік	Дата	Доза	Серія	Вік	Дата	Доза	Серія	Вік	Дата	Доза	Серія	

8. Щеплення проти дифтерії, кашлюку, правця								
Вид щеплення	Назва препарату	Вік	Дата	Доза	Серія	Реакція на щеплення		Медичні протипоказання (дата, причина)
						загальна	місцева	
Вакцинація								
Ревакцинація								

9. Щеплення проти кору									
Вік	Дата	Доза	Серія	Реакція на щеплення		Медичні протипоказання (дата, причина)			
				загальна	місцева				

10. Щеплення проти паротиту									
Вік	Дата	Доза	Серія	Реакція на щеплення		Медичні протипоказання (дата, причина)			
				загальна	місцева				

11. Щеплення проти краснухи									
Вік	Дата	Доза	Серія	Реакція на щеплення		Медичні протипоказання (дата, причина)			
				загальна	місцева				

12. Щеплення проти гепатиту В									
Вид щеплення	Назва препарату	Вік	Дата	Доза	Серія	Реакція на щеплення		Медичні протипоказання (дата, причина)	
						загальна	місцева		
Вакцинація									

13. Інші щеплення									
Вид щеплення	Назва препарату	Вік	Дата	Доза	Серія	Реакція на щеплення		Медичні протипоказання (дата, причина)	
						загальна	місцева		

14. Туберкулінові проби														
Вік	Дата	Доза	Серія	Результат	Вік	Дата	Доза	Серія	Результат	Вік	Дата	Доза	Серія	Результат

Знятий з обліку (дата) _____ Причина _____ Підпис _____

Заповнюється в лікувально-профілактичному закладі або фельдшерсько-акушерському пункті при взятті дитини на облік.
У разі виїзду дитини з міста або району видається довідка про проведення щеплення.
Карта залишається в закладі.

**Начальник Центру
медичної статистики
МОЗ України**

М.В. Голубчиков

ЗАТВЕРДЖЕНО

Наказ МОЗ України

10.01.2006 № 1

ІНСТРУКЦІЯ

щодо заповнення форми первинної облікової документації

№ 063/о "Карта профілактичних щеплень"

Ця Інструкція визначає порядок заповнення форми первинної облікової документації № 063/о "Карта профілактичних щеплень" (далі – форма № 063/о).

1. Форму № 063/о заповнюють відповідальні особи закладів охорони здоров'я незалежно від підпорядкування та форм власності та ведуть в амбулаторно-поліклінічних, виховних і навчальних закладах.

2. Форма № 063/о заповнюється лікарем або середнім медичним персоналом, на кожного новонародженого і на дитину, яка вперше поступає під нагляд поліклініки або фельшерсько-акушерського пункту (далі – ФАПУ).

3. У верхньому лівому куті форми вказується назва міністерства, іншого центрального органу виконавчої влади, органу місцевого самоврядування, у сфері управління якого перебуває заклад, відповідальні особи якого заповнили форму № 063/о, його найменування, місцезнаходження (повна поштова адреса) та ідентифікаційний код Єдиного державного реєстру підприємств та організацій України (ЄДРПОУ).

4. Після заголовку обов'язково має бути вказана дата заповнення карти профілактичних щеплень.

5. Далі наводиться найменування дитячої установи (для організованих дітей), № дільниці.

6. У пункті 1 вказуються прізвище, ім'я, по батькові дитини.

7. У пункті 2 вказуються у цифровій формі: число, місяць та рік народження.

8. У пункті 3 зазначається стать: чоловіча – 1, жіноча – 2.

9. У пункті 4 вказується місце проживання (повна поштова адреса).

10. У пункті 5 зазначається – мешканець міста або села, у разі зміни місця проживання вносяться відмітки про переїзд адреси.

11. У пункті 6 – „Щеплення проти туберкульозу” наводяться дані про проведення щеплення, а саме: вид щеплення – вакцинація чи ревакцинація, вік, дата проведення щеплення, доза та серія вакцини, реакція на щеплення (місцева), медичні протипоказання (дата, причина).

12. У пункті 7 – „Щеплення проти поліомієліту” зазначаються дані про проведення щеплення, а саме: вакцинація чи ревакцинація, вік, дата проведення щеплення, доза та серія вакцини; медичні протипоказання (дата, причина).

13. У пункті 8 – „Щеплення проти дифтерії, кашлюку, правця” вказуються дані про проведення щеплення, а саме: вид щеплення – вакцинація чи ревакцинація, назва препарату, вік, дата проведення щеплення, доза та серія вакцини, реакція на щеплення (загальна, місцева), медичні протипоказання (дата, причина).

14. У пункті 9 – „Щеплення проти кору” зазначаються такі дані: вік, дата, доза і серія вакцини, реакція на щеплення (загальна, місцева), медичні протипоказання (дата, причина).

15. У пункті 10 – „Щеплення проти паротиту” вказуються дані: вік, дата, доза і серія вакцини, реакція на щеплення (загальна, місцева), медичні протипоказання (дата, причина).

16. У пункті 11 – „Щеплення проти краснухи” вказуються такі дані: вік, дата, доза і серія вакцини, реакція на щеплення (загальна, місцева), медичні протипоказання (дата, причина).

17. У пункті 12 – „Щеплення проти гепатиту В” зазначається вид щеплення – вакцинація, назва препарату, вік, дата, доза і серія, реакція на щеплення (загальна, місцева), медичні протипоказання (дата, причина).

18. У пункті 13 – „Інші щеплення” вказуються такі дані: вид щеплення, назва препарату, вік, доза, серія, реакція на щеплення (загальна, місцева), медичні протипоказання до щеплень (дата, причина).

19. У пункті 14 – „Туберкулінові проби” зазначаються такі дані: вік, дата, доза і серія препарату, результат після проведення туберкулінових проб.

20. У кінці форми № 063/о відповідальна особа вказує причину зняття з обліку, дату і засвідчує запис своїм підписом.

21. Карти зберігаються в спеціальній картотеці поліклініки, ФАПу, де їх розподіляють за місяцями наступного щеплення, що забезпечує щомісячний облік дітей, які підлягають активній імунізації.

22. У разі виїзду дитини з міста (району) на руки видається довідка про проведені щеплення.

23. Форма № 063/о має бути чітко й розбірливо заповнена. Виправлення помилок підтверджується підписом особи, яка її заповнює, із зазначенням дати внесених змін. Відповідальною за інформацію, яка надана в формі № 063/о, є особа, що її заповнила.

24. Термін зберігання облікової форми № 063/о – 5 років.

**Начальник Центру
медичної статистики
МОЗ України**

М.В. Голубчиков

Назва міністерства, іншого центрального органу виконавчої влади, органу місцевого самоврядування, у сфері управління якого перебуває заклад _____ Найменування та місцезнаходження (повна поштова адреса) закладу, відповідальні особи якого заповнили журнал обліку профілактичних щеплень _____ Ідентифікаційний код ЄДРПОУ _____	МЕДИЧНА ДОКУМЕНТАЦІЯ Форма первинної облікової документації № 064/о ЗАТВЕРДЖЕНО Наказ МОЗ України 1 0 0 1 2 0 0 6 № 1
---	---

Ж У Р Н А Л
обліку профілактичних щеплень

Почато _____

Закінчено _____

(число, місяць, рік) (число, місяць, рік)

но-мер з/п	Прізвище, ім'я, по батькові	Рік народження	Місце проживання	Назва місця роботи або навчання	Назва препарату (вакцина, анатоксин тощо)	Вакцинація чи ревакцинація (зазначити, яка)	Методика щеплень (підшкірно, внутрішньо-м'язово та інші)	Щеплення			Реакція: місцева, загальна, після якого щеплення	Ірмітка
								дата	доза	серія		
1	2	3	4	5	6	7	8	9	10	11	12	13

**Начальник Центру
медичної статистики
МОЗ України**

М.В. Голубчиков

ЗАТВЕРДЖЕНО
Наказ МОЗ України
10.01.2006 № 1

ІНСТРУКЦІЯ
щодо заповнення форми первинної облікової документації
№ 064/о "Журнал обліку профілактичних щеплень"

Ця Інструкція визначає порядок заповнення форми первинної облікової документації № 064/о "Журнал обліку профілактичних щеплень" (далі – форма № 064/о).

1. Форму № 064/о заповнюють відповідальні особи закладів охорони здоров'я незалежно від підпорядкування та форм власності і ведуть в амбулаторно-поліклінічних, виховних і навчальних закладах.

2. Форма № 064/о заповнюється лікарем або середнім медичним персоналом цих закладів.

3. У верхньому лівому куті форми вказується назва міністерства, іншого центрального органу виконавчої влади, органу місцевого самоврядування, у сфері управління якого перебуває заклад, відповідальні особи якого заповнили журнал обліку профілактичних щеплень, його найменування, місцезнаходження (повна поштова адреса) та ідентифікаційний код Єдиного державного реєстру підприємств та організацій України (ЄДРПОУ).

4. Після заголовку має бути вказана дата його початку та закінчення.

5. У графі 1 вказується порядковий номер запису.

6. У графі 2 зазначається прізвище, ім'я, по батькові.

7. У графі 3 вписується рік народження.

8. У графі 4 зазначається місце проживання особи, якій проведено профілактичне щеплення.

9. У графі 5 зазначається назва місця роботи або навчання.

10. У графі 6 вказується назва препарату (вакцина, анатоксин тощо).

11. У графах 7, 8 вказуються вид щеплення – вакцинація чи ревакцинація та методика щеплення – підшкірно, внутрішньом'язово тощо.

12. У графах 9, 10, 11 вказуються дані про щеплення, а саме: дата, доза, серія вакцини.

13. У графах 12 вказується реакція після щеплення – місцева, загальна тощо.

14. У графі 13 "Примітка" вказуються дані про алергічні проби, які проводяться перед щепленням і патологічні реакції на щеплення.

15. Форма № 064/о використовується також для обліку щеплень дорослого населення.

16. У залежності від кількості проведених щеплень на кожний вид щеплень ведеться окремий журнал або виділяються у формі № 064/о додаткові аркуші.

17. Форма № 064/о має бути заповнена чітко й розбірливо. Виправлення підтверджуються підписом особи, яка її заповнює, із зазначенням дати внесених змін. Відповідальною за інформацію, яка надана в формі № 064/о є особа, що її заповнила.

18. Термін зберігання облікової форми № 064/о – 3 роки.

**Начальник Центру
медичної статистики
МОЗ України**

М.В. Голубчиков

<p>Назва міністерства, іншого центрального органу виконавчої влади, органу місцевого самоврядування, у сфері управління якого перебуває заклад</p> <p>_____</p> <p>_____</p> <p>_____</p> <p>Найменування та місцезнаходження (повна поштова адреса) закладу, відповідальні особи якого заповнили повідомлення _____</p> <p>_____</p> <p>Ідентифікаційний код ЄДРПОУ _____</p>	<p style="text-align: center;">МЕДИЧНА ДОКУМЕНТАЦІЯ</p> <p style="text-align: center;">Форма первинної облікової документації № 058/о</p> <p style="text-align: center;">ЗАТВЕРДЖЕНО</p> <p style="text-align: center;">Наказ МОЗ України</p> <p style="text-align: center;">1 0 0 1 2 0 0 6 № 1</p>
--	--

ЕКСТРЕНЕ ПОВІДОМЛЕННЯ
про інфекційне захворювання, харчове, гостре
професійне отруєння, незвичайну реакцію на щеплення
” _____ ” _____ 20 ____ року.
(дата заповнення повідомлення)

Повідомлення направлено до _____
(найменування закладу охорони здоров'я)

1. Прізвище, ім'я, по батькові хворого _____

2. Дата народження _____

3. Стать: чоловіча – 1, жіноча – 2
(число, місяць, рік)

4. Місце проживання хворого (повна поштова адреса): країна _____,
область _____, район _____,
населений пункт _____,
вулиця _____, будинок № _____, кв. № _____

5. Мешкає у: місті – 1, селі – 2

6. Телефон _____

7. Місце роботи, навчання, дитячого закладу та їх адреса _____

8. Діагноз

шифр за МКХ-10 _____
(вписати)

9. Дати:

захворювання _____
(число, місяць, рік)

первинного звернення _____
(число, місяць, рік)

встановлення діагнозу _____
(число, місяць, рік)

подальшого відвідування дошкільного або загальноосвітнього навчального закладу
(число, місяць, рік)

госпіталізації
(число, місяць, рік)

10. Місце госпіталізації _____
(найменування лікувального закладу)

11. Діагноз підтверджено: лабораторним дослідженням – 1, клінічно – 2,
інші – 3 (вписати)

12. Якщо отруєння – вказати, де воно виникло, чим отруївся постраждалий _____

13. Проведені первинні протиепідемічні заходи та додаткові відомості _____

14. Дата і час первинного повідомлення (за телефоном тощо) територіальній санітарно-епідеміологічній станції

Прізвище особи: яка повідомила _____
отримала повідомлення _____

15. Прізвище, ім'я, по батькові та номер
контактного телефону особи,
яка заповнила повідомлення _____ (підпис)

Реєстраційний номер _____ у журналі ф.№ 060/о закладу охорони здоров'я

Реєстраційний номер _____ у журналі ф.№ 060/о санітарно-епідеміологічної станції

Підпис особи, яка одержала повідомлення _____

**Начальник Центру
медичної статистики
МОЗ України**

М.В. Голубчиков

ЗАТВЕРДЖЕНО
Наказ МОЗ України
01.01.2006 № 1

ІНСТРУКЦІЯ
щодо заповнення форми первинної облікової документації № 058/о
„Екстрене повідомлення про інфекційне захворювання, харчове, гостре
професійне отруєння, незвичайну реакцію на щеплення”

Ця Інструкція визначає порядок заповнення форми первинної облікової документації № 058/о „Екстрене повідомлення про інфекційне захворювання, харчове, гостре професійне отруєння, незвичайну реакцію на щеплення” (далі – Екстрене повідомлення).

1. Екстрене повідомлення заповнюють відповідальні особи закладів та установ охорони здоров'я незалежно від форм власності та підпорядкування, суб'єкти підприємницької діяльності, що займаються медичною практикою,

виховні, навчальні, оздоровчі та інші дитячі заклади і заклади системи соціального захисту (незалежно від місця і обставин виявлення).

2. На кожний випадок інфекційного захворювання (підозри), незвичайної реакції на щеплення, укусу, подрапання, ослюнення тваринами, іншого стану (бактеріоносійство), крім грипу та гострих інфекцій верхніх дихальних шляхів множинних або не уточнених локалізацій, заповнюється Екстрене повідомлення, яке протягом 12 годин надсилається до територіальної санітарно-епідеміологічної станції (далі – СЕС) за місцем реєстрації захворювання. Крім цього, в оперативному порядку інформація повідомляється в цю СЕС по телефону.

3. Екстрене повідомлення заповнюється лікарем або середнім медичним персоналом, який виявив чи запідозрив захворювання в:

3.1 лікувально-профілактичних закладах охорони здоров'я України, незалежно від умов, за яких було виявлено захворювання – при зверненні в поліклініку, відвідуванні хворого вдома, профілактичному огляді тощо;

3.2 лікарнях охорони здоров'я України за умови, коли діагноз інфекційного захворювання був установлений при наданні стаціонарної медичної допомоги хворому, а саме: коли він поступив без направлення поліклінічного закладу, діагноз інфекційного захворювання встановлено замість іншого захворювання, випадок внутрішньолікарняної інфекції тощо;

3.3 закладах судово-медичної експертизи;

3.4 закладах долікарського обслуговування (фельшерсько-акушерських пунктах, фельдшерських здоровпунктах).

4. У верхньому лівому куті форми вказується назва міністерства, іншого центрального органу виконавчої влади, органу місцевого самоврядування, у сфері управління якого перебуває заклад, відповідальні особи якого заповнили Екстрене повідомлення, його найменування, місцезнаходження (повна поштова адреса) та ідентифікаційний код Єдиного державного реєстру підприємств та організацій України (ЄДРПОУ).

5. Після заголовку в Екстреному повідомленні обов'язково має бути вказана дата його заповнення.

6. Далі зазначається найменування закладу, на адресу якого направляється Екстрене повідомлення – у відповідний заклад чи установу державної санітарно-епідеміологічної служби МОЗ України, інших центральних органів виконавчої влади.

7. У пункті 1 вказуються прізвище, ім'я, по батькові хворого.

8. У пункті 2 зазначаються в цифровій формі: число, місяць та рік народження.

9. У пункті 3 зазначається стать хворого: чоловіча – 1, жіноча – 2.

10. У пункті 4, 6 вказується місце проживання хворого (повна поштова адреса), номер телефону.

11. У пункті 5 зазначається – мешканцем міста або села є хворий.

12. У пункті 7 вказується місце роботи, навчання, дитячого закладу та їх адреса.

13. У пункті 8 вказуються діагноз та шифр відповідно до Міжнародної статистичної класифікації хвороб та споріднених проблем охорони здоров'я десятого перегляду (далі – МКХ – 10).

14. У пункті 9, 10 зазначаються дати захворювання, первинного звернення, встановлення діагнозу, подальшого відвідування дошкільного або загальноосвітнього навчального закладу, госпіталізації, місце госпіталізації.

15. У пункті 11 вказується метод підтвердження діагнозу: клінічно чи лабораторно або вписуються назви інших досліджень.

16. У пункті 12 – якщо зареєстровано отруєння, то вказати, де воно виникло, чим отруївся постраждалий.

17. У пункті 13 вказуються проведені первинні протиепідемічні заходи та додаткові відомості.

18. У пункті 14 – вказуються дата і час первинного Екстреного повідомлення (за телефоном тощо) територіальній СЕС, прізвище особи, яка повідомила та отримала повідомлення.

19. У пункті 15 вказуються прізвище, ім'я, по батькові та номер контактного телефону особи, яка заповнила повідомлення; зазначаються реєстраційні номери із журналу ф. № 060/о закладу охорони здоров'я та СЕС, а також підпис особи, яка одержала повідомлення.

20. Медичні працівники закладів долікарського обслуговування Екстрене повідомлення складають у двох примірниках: перший відправляється до територіальної СЕС, другий – до закладу охорони здоров'я (дільничної, районної, міської лікарні, амбулаторії, поліклініки тощо).

21. Медичний персонал, який обслуговує дитячі заклади, направляє Екстрене повідомлення до територіальної СЕС тільки за умови, якщо захворювання (підозра) вперше виявлено персоналом цих закладів під час огляду дітей чи інших обставинах. Відомості про інфекційні захворювання, що виявлені медичним персоналом закладів охорони здоров'я (лікарні, поліклініки) у дітей, які відвідують дитячі заклади, повідомляються (за телефоном та з відправкою Екстреного повідомлення) до територіальної СЕС персоналом цих закладів.

22. Медичні працівники, які обслуговують дитячі заклади оздоровлення/відпочинку, Екстрене повідомлення направляють до СЕС, яка здійснює поточний санітарний нагляд, а також до територіальної СЕС за місцем тимчасової дислокації оздоровчого закладу.

23. Суб'єкти підприємницької діяльності, які займаються медичною практикою, направляють Екстрене повідомлення до територіальної СЕС району за місцем знаходження. Забезпечення бланками Екстрених повідомлень проводиться місцевими органами охорони здоров'я.

24. Медичні працівники станції швидкої медичної допомоги, які виявили чи запідозрили інфекційне захворювання, в випадках невідкладної госпіталізації,

повідомляють до територіальної СЕС за телефоном про виявлення хворого і необхідності його госпіталізації, в інших випадках повідомляють в поліклініку (амбулаторію) за місцем проживання хворого, про необхідність направлення дільничного лікаря до нього. Екстрене повідомлення в цих випадках заповнюється в лікарні, куди хворий був госпіталізований або поліклінікою, лікар якої відвідав хворого вдома.

25. Медичні працівники закладів охорони здоров'я, які обслуговують працівників водного, залізничного та повітряного транспорту, заповнюють два примірники Екстреного повідомлення: один примірник надсилається до територіальної СЕС, другий – до СЕС (лікарні) за підпорядкованістю.

26. Заклади охорони здоров'я Міністерства оборони, Міністерства внутрішніх справ України, охорони державного кордону, Служби безпеки України та інших центральних органів виконавчої влади надсилають до територіальних санітарно-епідеміологічних станцій Міністерства охорони здоров'я Екстрене повідомлення тільки на вільнонайманих працівників та членів сімей працівників цих закладів.

27. Заклад охорони здоров'я, у якому було уточнено або змінено діагноз, зобов'язаний скласти нове Екстрене повідомлення і протягом 12 годин після встановлення діагнозу надіслати його до СЕС за місцем виявлення захворювання, із зазначенням зміненого (уточненого) діагнозу, дату його встановлення, первинного діагнозу та результатів лабораторних досліджень.

28. Екстрене повідомлення має бути заповнено чітко й розбірливо. Виправлення помилок підтверджується підписом особи, яка заповнила Екстрене повідомлення, із зазначенням дати внесення змін. Відповідальною за інформацію, що надана в Екстреному повідомленні, є особа, яка його заповнила.

29. Термін зберігання Екстрених повідомлень – 1 рік.

**Начальник Центру
медичної статистики
МОЗ України**

М.В. Голубчиков

ЗАТВЕРДЖЕНОНаказ Міністерства охорони здоров'я України
14 лютого 2012 року № 110

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	<table border="1"> <tr> <td align="center" colspan="2">МЕДИЧНА ДОКУМЕНТАЦІЯ</td> </tr> <tr> <td align="center" colspan="2">Форма первинної облікової документації № 025-2/о</td> </tr> <tr> <td align="center" colspan="2">ЗАТВЕРДЖЕНО</td> </tr> <tr> <td align="center" colspan="2">Наказ МОЗ України</td> </tr> <tr> <td align="center"> </td> <td align="center">№ </td> </tr> </table>	МЕДИЧНА ДОКУМЕНТАЦІЯ		Форма первинної облікової документації № 025-2/о		ЗАТВЕРДЖЕНО		Наказ МОЗ України			№
МЕДИЧНА ДОКУМЕНТАЦІЯ											
Форма первинної облікової документації № 025-2/о											
ЗАТВЕРДЖЕНО											
Наказ МОЗ України											
	№										
ТАЛОН для реєстрації заключних (уточнених) діагнозів											
1. Прізвище, ім'я, по батькові _____											
2. Вік _____ (для дітей до 1-го року – місяців, днів)											
3. Стать: чоловіча – 1, жіноча – 2 <input type="checkbox"/>											
4. Місце проживання хворого _____											
5. Дільниця: терапевтична, сімейного лікаря, педіатрична (підкреслити) _____											
6. Діагноз: заключний (уточнений)	вперше в житті встановлений (відмітити "+")										
Код за МКХ-10 											
7. Замість раніше зареєстрованого діагнозу _____											
8. Контингент: інваліди війни – 1; учасники війни – 2; учасники бойових дій – 3; інваліди – 4; учасники ліквідації наслідків аварії на Чорнобильській АЕС – 5; евакуйовані – 6; особи, які проживають на території зони радіоекологічного контролю, – 7; діти, які народились від батьків 1, 2, 3 категорій, які віднесені до осіб, що постраждали внаслідок Чорнобильської катастрофи, із зони відчуження, а також відселені із зон безумовного (обов'язкового) і гарантованого добровільного відселення – 8; інші пільгові категорії – 9 (підкреслити). <input type="checkbox"/>											
9. Захворювання виявлено при зверненні за лікуванням – 1; при профілактичному огляді – 2 (підкреслити) <input type="checkbox"/>											
10. Вид травми та отруєння: а) пов'язані з виробництвом: у промисловості – 1; у сільському господарстві – 2; дорожньо-транспортні – 3; інші – 4; б) не пов'язані з виробництвом: побутові – 5; вуличні – 6; дорожньо-транспортні – 7; спортивні – 8; шкільні – 9; інші – 10 <input type="checkbox"/>											
" _____ " _____ 20 _____ року Лікуючий лікар _____ (прізвище, підпис)											

Директор Департаменту лікувально-профілактичної допомоги**М. К. Хобзей**

ЗАТВЕРДЖЕНО

Наказ Міністерства охорони
здоров'я України
14 лютого 2012 року № 110

Зареєстровано у Міністерстві юстиції України 28 квітня 2012 року за № 670/20983

Інструкція

щодо заповнення форми первинної облікової документації

№ 025-2/о “Талон для реєстрації заключних (уточнених) діагнозів”

1. Ця Інструкція визначає порядок заповнення форми первинної облікової документації № 025-2/о “Талон для реєстрації заключних (уточнених) діагнозів” (далі – форма № 025-2/о).

2. Форма № 025-2/о заповнюється в закладах охорони здоров'я, які надають амбулаторно-поліклінічну допомогу.

3. Форма № 025-2/о заповнюється лікуючим лікарем або молодшим спеціалістом з медичною освітою за вказівкою лікаря на підставі записів у листку заключних (уточнених) діагнозів “Медичної карти амбулаторного хворого” (форма № 025/о, затверджена цим наказом), “Історії розвитку дитини” (форма № 112/о, затверджена наказом Міністерства охорони здоров'я України від 27 грудня 1999 року № 302) на всі захворювання і травми, окрім інфекційних захворювань, які враховуються за повідомленням, – форма № 058/о, затверджена наказом Міністерства охорони здоров'я України від 10 січня 2006 року № 1, зареєстрованим у Міністерстві юстиції України 08 червня 2006 року за № 686/12560.

4. У пунктах 1–4 форми зазначаються паспортні дані хворого: прізвище, ім'я, по батькові, вік, для дітей до 1 року – (місяці дні), стать, місце проживання згідно з паспортними даними, у разі якщо це дитина, зазначається місце проживання її батьків або інших законних представників.

5. У пункті 5 підкреслюється дільниця: сімейного лікаря, терапевтична, педіатрична.

6. У пункті 6 зазначається заключний (уточнений) діагноз. Заключний (уточнений) діагноз кодується лікуючим лікарем або лікарем-статистиком згідно з рубриками Міжнародної статистичної класифікації хвороб та споріднених проблем охорони здоров'я Десятого перегляду (МКХ- 10).

7. На всі гострі захворювання (грип, пневмонія, гострі респіраторні вірусні інфекції, ангіна тощо) і на вперше зареєстровані хронічні захворювання у звітному році форма № 025-2/о заповнюється тільки із знаком плюс “+”; якщо у хворого діагностовано одразу декілька захворювань лікарями різних спеціальностей, то на кожне із захворювань форма № 025-2/о заповнюється окремо.

8. На хронічні захворювання, зареєстровані у попередні роки, форма № 025-2/о заповнюється при першому зверненні хворого у даному звітному році із знаком “мінус” один раз на рік.

9. Пункт 7 заповнюється у випадку, коли у пункт 6 замість раніше зареєстрованого діагнозу в листку запису уточнених діагнозів (форми № 025/о) проставляється новий діагноз.

10. У пункті 8 шляхом проставлення номера у квадраті вказуються пільгові категорії населення.

11. У пункті 9 зазначаються захворювання, що виявлені при зверненні за лікуванням – 1, при профілактичному огляді – 2; результат проставляється у квадрат.

12. Пункт 10 заповнюється у випадках травм та отруєнь у хворого із зазначенням виду травми (побутові, вуличні, дорожньо-транспортні, спортивні, шкільні, інші).

13. У жіночих консультаціях форма № 025-2/о заповнюється на всі гінекологічні захворювання та ускладнення вагітності, пологів і післяпологового періоду.

14. Стоматологічні заклади (відділення, кабінети) заповнюють форму № 025-2/о при виявленні захворювань слизової оболонки порожнини рота та губ.

15. У шкірно-венерологічних закладах форма № 025-2/о ведеться тільки на хворих з шкірними захворюваннями.

16. Не заповнюється форма № 025-2/о: у закладах охорони здоров'я, у яких хворому надавалася лише консультативна допомога, оскільки облік захворюваності здійснюється за місцем проживання хворого (згідно з паспортними даними); у спеціалізованих закладах (психоневрологічних, онкологічних, протитуберкульозних диспансерах) облік захворюваності проводиться на підставі повідомлень (форм первинної облікової документації: № 089/о “Повідомлення про хворого з уперше в житті встановленим діагнозом активного туберкульозу та його рецидиву”; № 089-1/о “Повідомлення про випадок захворювання на сифіліс, гонококову, хламідійну інфекцію, урогенітальний мікоплазмоз та трихомоніаз”; № 090/о “Повідомлення про хворого з уперше в житті встановленим діагнозом раку або іншого злоякісного новоутворення”, затверджених наказом Міністерства охорони здоров'я України від 10 січня 2006 року № 1, зареєстрованим у Міністерстві юстиції України 08 червня 2006 року за № 692/12566) та контрольних карт диспансерного обліку (форма № 030-1/о “Контрольна карта диспансерного нагляду за хворим на розлади психіки та особою, яка має розлади психіки внаслідок вживання психоактивних речовин”, затверджена наказом Міністерства охорони здоров'я України від 27 грудня 1999 року № 302; форма № 030-6/о “Реєстраційна карта хворого на злоякісне новоутворення”, затверджена наказом Міністерства охорони здоров'я України від 09 листопада 1998 року № 318).

17. На підставі форми № 025-2/о заповнюється форма звітності № 12 “Звіт про захворювання, зареєстровані у хворих, які проживають у районі обслуговування лікувально-профілактичного закладу”, затверджена наказом Міністерства охорони здоров'я України від 10 липня 2007 року № 378, зареєстрованим у Міністерстві юстиції України 03 вересня 2007 року за № 1009/14276.

18. Форма № 025-2/о підписується лікуючим лікарем, проставляється дата її заповнення.

19. У разі ведення форми № 025-2/о в електронному форматі в неї має бути включена вся інформація, яка міститься на затвердженому паперовому носії форми.

20. Термін зберігання форми № 025-2/о – 1 рік після звітного періоду.

Директор Департаменту лікувально-профілактичної допомоги

М.К. Хобзей

<p>Найменування міністерства, іншого органу виконавчої влади, підприємства, установи, організації, до сфери управління якого належить заклад охорони здоров'я _____</p> <p>Найменування та місцезнаходження (повна поштова адреса) закладу охорони здоров'я, де заповнюється форма _____</p> <p>Код за ЄДРПОУ <input style="width: 100px;" type="text"/></p>	<p>МЕДИЧНА ДОКУМЕНТАЦІЯ</p> <p>Форма первинної облікової документації № 025/о</p> <p>ЗАТВЕРДЖЕНО</p> <p>Наказ МОЗ України <input style="width: 100px;" type="text"/> № <input style="width: 100px;" type="text"/></p>
<p>МЕДИЧНА КАРТА АМБУЛАТОРНОГО ХВОРОГО № _____</p>	
<p>Код хворого <input style="width: 100px;" type="text"/></p>	<p>Дата заповнення карти <input style="width: 100px;" type="text"/> (число, місяць, рік)</p>
<p>1. Прізвище, ім'я, по батькові _____</p>	
<p>2. Стать: чоловіча – 1, <input style="width: 20px;" type="checkbox"/> жіноча – 2 <input style="width: 20px;" type="checkbox"/> 3. Дата народження <input style="width: 100px;" type="text"/> (число, місяць, рік) 4. Телефон: дом. _____ робочий _____</p>	
<p>5. Місце проживання хворого _____</p>	
<p>6. Місце роботи, посада _____</p>	
<p>7. Диспансерна група (так <input style="width: 20px;" type="checkbox"/> – 1, ні – 2) <input style="width: 20px;" type="checkbox"/></p>	
<p>8. Контингент: інваліди війни – 1; учасники війни – 2; учасники бойових дій – 3; інваліди – 4; учасники ліквідації наслідків аварії на Чорнобильській АЕС – 5; евакуйовані – 6; особи, які проживають на території зони радіоекологічного контролю, – 7; діти, які народились від батьків, які віднесені до 1, 2, 3 категорій осіб, що постраждали внаслідок Чорнобильської катастрофи, із зони відчуження, а також відселені із зон безумовного (обов'язкового) і гарантованого добровільного відселення – 8; інші пільгові категорії – 9 <input style="width: 20px;" type="checkbox"/></p>	
<p>9. Номер пільгового посвідчення <input style="width: 100px;" type="text"/></p>	
<p>10. Взятий(а) <input style="width: 100px;" type="text"/> з <input style="width: 100px;" type="text"/> на облік (число, місяць, рік) приводу _____ <input style="width: 100px;" type="text"/> з приводу _____ (число, місяць, рік)</p>	
<p>11. Знятий(а) з <input style="width: 100px;" type="text"/> (причина) _____ обліку (число, місяць, рік) <input style="width: 100px;" type="text"/> (причина) _____ (число, місяць, рік)</p>	

I. СИГНАЛЬНІ ПОЗНАЧКИ

Група крові _____ Резус-фактор _____

Переливання крові (коли, скільки) _____

Цукровий діабет _____

Інфекційні захворювання _____

Хірургічні втручання _____

Алергологічний анамнез _____

Непереносимість лікарських препаратів
(негативні побічні дії лікарських засобів) _____ (вказати, яких)
Фактори ризику _____

Лікуючий лікар _____
(прізвище, підпис)

Дата звернення (число, місяць, рік)	II. ЛИСТОК ЗАПИСУ ЗАКЛЮЧНИХ (УТОЧНЕНИХ) ДІАГНОЗІВ			Підпис лікаря
	Заключні (уточнені) діагнози (відмітити “+” або “-“)	Вперше встановлений діагноз (відмітити “+”)	У тому числі встановлений вперше при профілактичному огляді (відмітити “+”)	
1	2	3	4	5

III. ВІДОМОСТІ ПРО ЩЕПЛЕННЯ

Найменування щеплення	Дата	Вік	Доза	Серія	Назва препарату	Спосіб введення	Реакція на щеплення		Медичні протипоказання
							місцева	загальна	
1	2	3	4	5	6	7	8	9	10
Щеплення проти...									

IV. ЛИСТОК ПРОФІЛАКТИЧНОГО ОГЛЯДУ						
Найменування обстеження	Кабінет №	Рік і дата проведення				
1	2	3				
Рентгенологічне обстеження органів грудної клітки						
Огляд гінеколога та пальпація молочних залоз						
Цитологічне дослідження						
Мамографія						
Огляд хірурга (уролога): пальцеве обстеження прямої кишки						
V. СТРОКИ ТИМЧАСОВОЇ НЕПРАЦЕЗДАТНОСТІ						
Номер листка непрацездатності	Дата видачі листка непрацездатності	Дата закриття	ЗАКЛЮЧНИЙ ДІАГНОЗ			Лікар (прізвище, підпис)
1	2	3	4			5
VI. ІНФОРМАЦІЯ ПРО ГОСПІТАЛІЗАЦІЮ						
Дата (число, місяць, рік)	Найменування закладу охорони здоров'я, відділення	ЗАКЛЮЧНИЙ ДІАГНОЗ				
VII. ВІДОМОСТІ ЩОДО СТРАХУВАННЯ						
VIII. Щ О Д Е Н Н И К						
Дата звернення	Місце проведення лікування: поліклініка – 1, вдома – 2, денний стаціонар – 3, стаціонар вдома – 4	Скарги хворого, об'єктивні дані, діагноз, перебіг хвороби			Призначення, підпис лікаря або консультанта	
1	2	3			4	

Дані профілактичного огляду за _____ рік
 пацієнта _____
 (прізвище, ім'я, по батькові)

Обстеження	Дата	Результат	Підпис лікаря
Зріст			
Вага тіла			
Артеріальний тиск			
Огляд спеціалістів:			
Окуліста			
Гострота зору: ОД OS			
Внутрішньоочний тиск			
Лор-лікаря (гострота слуху)			
Стоматолога (огляд порожнини рота, стан зубів)			
Гінеколога (акушерки оглядового кабінету із застосуванням цитології), пальпація молочних залоз			
Хірурга Пальцеве обстеження прямої кишки			
Невропатолога			
Терапевта, лікаря загальної практики – сімейного лікаря			
Уролога (пальцеве обстеження простати)			
Інших спеціалістів (дописати)			

Дані лабораторних інструментальних досліджень

Аналіз крові: НВ, лейкоцити, лейкоцитарна форма	
ШЗЕ, цукор, холестерин	
Аналіз сечі на білок, цукор	
ЕКГ	
Рентгенологічне обстеження органів грудної клітки	
Мамографія	
Ультразвукове дослідження простати	
Пневмотахометрія	
Інші дослідження (вписати)	

Щорічний епікриз на диспансерного хворого

Дата
(число, місяць, рік)

Спостерігається з приводу (вказати захворювання) _____

Діагноз основний _____

Супутні _____

Кількість загострень протягом року _____

Проведене лікування _____

Група інвалідності (рік, дата) _____

Санаторно-курортне лікування _____

План спостереження на наступний рік

Огляд спеціалістами (вписати необхідних, рік та місяць огляду):

1. _____
2. _____
3. _____
4. _____

Лабораторні, функціональні та інші дослідження (вписати) _____

Медикаментозне лікування (вказати препарати, які рекомендує лікар) _____

Реабілітація (медична, професійна) _____

Підпис лікаря _____

ЗАТВЕРДЖЕНО
Наказ МОЗ України
14 лютого 2012 року № 110

Зареєстровано у Міністерстві юстиції України 28 квітня 2012 року за №
669/20982

Інструкція
щодо заповнення форми первинної облікової документації
№ 025/о “Медична карта амбулаторного хворого № ___”

1. Ця Інструкція визначає порядок заповнення форми первинної облікової документації № 025/о “Медична карта амбулаторного хворого № ___” (далі – форма № 025/о).

2. Форма № 025/о є основним первинним медичним документом хворого, який лікується амбулаторно або вдома, і заповнюється на усіх хворих при зверненні у заклад охорони здоров'я, який надає амбулаторно- поліклінічну допомогу.

3. Форма № 025/о заповнюється в усіх амбулаторно-поліклінічних закладах, які ведуть амбулаторний прийом.

На кожного хворого в поліклініці ведеться одна форма № 025/о незалежно від того, лікується він в одного чи декількох лікарів.

4. У спеціалізованих закладах охорони здоров'я, які надають амбулаторно-поліклінічну допомогу, заповнюються інші форми:

4.1. У протитуберкульозних закладах охорони здоров'я: на хворих, які вперше звернулися за медичною допомогою і консультацією, на хворих, які взяті під нагляд протитуберкульозних закладів, – форма облікової статистичної документації № 081/о “Медична карта хворого на туберкульоз”, затверджена наказом Міністерства охорони здоров'я України від 27 грудня 1999 року № 302.

4.2. У шкірно-венерологічних закладах охорони здоров'я: на хворих на шкірні хвороби і хворих, які направлені на консультацію, на хворих на венеричні хвороби – форма облікової статистичної документації № 065/о “Медична карта хворого венеричним захворюванням”, на хворих на шкірні грибкові захворювання – форма облікової статистичної документації № 065-1/о “Медична карта хворого грибковим захворюванням”, затверджені наказом Міністерства охорони здоров'я України від 27 грудня 1999 року № 302.

4.3. У жіночих консультаціях – на гінекологічних хворих і жінок, які звернулися з приводу переривання вагітності, на вагітних і породіль – форма облікової статистичної документації № 111/о “Індивідуальна карта вагітної і породіллі”, затверджена наказом Міністерства охорони здоров’я України від 27 грудня 1999 року № 302.

5. У пунктах 1 – 6 титульної сторінки форми зазначаються: прізвище, ім’я, по батькові, стать, дата народження, телефони: домашній та робочий, місце проживання пацієнта згідно з паспортними даними, місце роботи, посада.

6. У пунктах 7 – 9 цієї сторінки форми вказуються: приналежність чи ні пацієнта до диспансерної групи, контингент пільгових категорій, номер пільгового посвідчення.

7. У пунктах 10,11 титульного листка форми № 025/о передбачено місце для запису захворювань, з приводу яких хворий був взятий під диспансерний нагляд, із зазначенням дати взяття на диспансерний облік або зняття з такого обліку та причина зняття.

Хворий може перебувати під диспансерним наглядом з приводу одного і того самого захворювання у декількох спеціалістів (наприклад, з приводу виразкової хвороби шлунка, хронічного холециститу в терапевта і хірурга). Перша сторінка форми № 025/о заповнюється спеціалістом, який перший поставив хворого під диспансерний нагляд.

Якщо хворий спостерігається з приводу декількох етіологічно не пов’язаних між собою захворювань в одного або декількох спеціалістів, то кожне з таких захворювань зазначається на першій сторінці форми.

8. Розділ I “Сигнальні позначки” цієї форми заповнюється лікарем відповідної спеціальності за наявності або при виявленні ознак, які перелічені в цьому розділі. Внесені дані засвідчуються підписом лікаря і печаткою. У рядку “Непереносимість лікарських препаратів” необхідно зазначати назви таких препаратів (за наявності), а також захворювання та стани, обумовлені побічною реакцією (дією) лікарського препарату, із зазначенням назви препарату та дати його призначення.

9. Зазначені негативні реакції на лікарські засоби необхідно вказувати як основні, супутні або як ускладнення основного захворювання у формі № 025-2/о, затвердженій цим наказом, або у формі № 025-6/о “Талон амбулаторного пацієнта”, затвердженій наказом Міністерства охорони здоров’я України від 27 грудня 1999 року № 302.

10. Розділ II “Листок запису заключних (уточнених) діагнозів” заповнюється лікарями всіх спеціальностей на кожне захворювання, з приводу якого хворий звернувся до даного закладу у звітному році. Захворювання, яке виявлено у хворого вперше в житті, вважається вперше виявленим і відмічається у графі 3 зі знаком “+” (плюс); якщо захворювання виявлено при профілактичному огляді, то знак “+” проставляється у графу 4. Всі гострі захворювання: грип, гострі респіраторні вірусні інфекції, ангіна, пневмонії, травми тощо кожного разу реєструються із знаком “+” (плюс), тобто враховуються як вперше виявлені. Вперше в житті виявлені хронічні захворювання також реєструються із знаком “+” (плюс). Хронічні захворювання, з якими хворий звертався в попередні роки, та звернувся у звітному році, вказуються у графі 2 на “Листку запису заключних (уточнених) діагнозів” один раз протягом року при першому зверненні з проставлянням знака “-” (мінус).

У випадку, коли лікар не може встановити основний діагноз при першому зверненні хворого, у розділі VIII форми № 025/о “Щоденник” зазначається передбачуваний діагноз, а в розділі II “Листок запису заключних (уточнених) діагнозів” вноситься діагноз після його уточнення з датою першого звернення з приводу даного захворювання.

Коли встановлений і записаний на листок діагноз замінюється на інший, тоді попередній діагноз закреслюється і вноситься новий діагноз без зміни дати першого звернення.

Якщо у хворого одночасно або послідовно виявлено декілька захворювань, які етіологічно не пов’язані між собою, то всі захворювання вказуються у “Листку запису заключних (уточнених) діагнозів”.

11. Розділ III “Відомості про щеплення” заповнюється лікарем у випадку проведення хворому профілактичних щеплень, де слід заповнювати всі необхідні графи із зазначенням реакцій на щеплення.

12. Розділ IV “Листок профілактичного огляду”, який розрахований на 5 років і призначений для реєстрації даних щодо профілактичних оглядів особи, заповнюється відповідними спеціалістами після проходження хворим (пацієнтом) всіх необхідних обстежень: рентгенологічне обстеження органів грудної клітки, огляд гінеколога та пальпація молочних залоз, цитологічне дослідження, мамографія, огляд хірурга, уролога з метою виявлення хворих на туберкульоз, онкологічну патологію.

13. Розділ V “Строки тимчасової непрацездатності” заповнюється на кожний випадок тимчасової непрацездатності хворого, де вказуються номер листка непрацездатності, дата його видачі, заключний (уточнений) діагноз за згодою хворого і проставляється підпис лікаря.

14. У розділі VI “Інформація про госпіталізацію” вказуються дані щодо госпіталізації хворого протягом року із зазначенням: дати госпіталізації, найменування лікувального закладу, відділення, куди був госпіталізований хворий, заключного діагнозу.

15. У розділі VII “Відомості щодо страхування” вказуються дані щодо страхування хворого: наявність страхового поліса, його номер, найменування компанії-страхувальника тощо.

16. У розділі VIII “Щоденник” фіксується кожне звернення пацієнта за амбулаторно - поліклінічною допомогою (захворювання, проведення профілактичних оглядів, консультації спеціалістів, закриття листка непрацездатності тощо). Кожний запис датується, проставляється підпис лікаря, до якого пацієнт звернувся. У разі звернення пацієнта з приводу захворювання лікуючий лікар у “Щоденнику” зазначає дані щодо скарг хворого, вказує його об’єктивні дані, перебіг хвороби, вписує діагноз, призначення, проставляє дату запису та засвідчує підписом.

17. У вкладному листку № 1 “Дані профілактичного огляду за 20__ рік пацієнта” (продовженні форми № 025/о) вказуються дані при проведенні щорічних профілактичних оглядів та перед працевлаштуванням, і останній вклеюється у форму № 025/о перед розділом “Щоденник”. У даному листку передбачені дані обстежень окремими спеціалістами (окуліст, лор-лікар, стоматолог, гінеколог, хірург, невропатолог, уролог, терапевт, лікар загальної практики-сімейний лікар та інші спеціалісти), зазначаються дата проведення профілактичного огляду, його результат, проставляється підпис кожного із спеціалістів. Нижче рядка “Обстеження інших спеціалістів” після проходження профілактичного огляду, якщо у пацієнта не виявлено патології або перебіг хвороби має стійку ремісію, робиться запис “Визнаний здоровим або практично здоровим”.

У цьому листку, виходячи з валіологічного анамнезу пацієнта, робиться примітка “Віднесений до групи ризику у зв’язку з ___”.

18. Вкладний листок № 2 “Щорічний епікриз на диспансерного хворого” заповнюється для диспансерної групи хворих. У ньому коротко вказуються дані

про стан здоров'я диспансерного хворого протягом звітного року; зазначаються основний і супутні діагнози, кількість загострень з приводу основного захворювання протягом року; проведений курс лікування, включаючи санаторно-курортне, та їх результат.

19. У випадку встановлення хворому групи інвалідності зазначаються рік, дата встановлення та група інвалідності. Крім того, у цьому вкладному листку вказується план спостереження за хворим на наступний рік: огляд відповідними спеціалістами, лабораторні, функціональні та інші дослідження, медикаментозне лікування, реабілітація тощо.

20. Щорічний епікриз диспансерного хворого засвідчується підписом лікаря, в якого хворий перебуває під диспансерним наглядом, і зберігається разом з формою первинної облікової документації № 030/о "Контрольна карта диспансерного нагляду", затвердженою цим наказом, у кабінеті лікаря протягом 5 років.

21. У випадку госпіталізації хворого у стаціонар, що об'єднаний з поліклінікою, форма № 025/о передається до стаціонару і зберігається в медичній карті стаціонарного хворого. Після виписки хворого зі стаціонару або його смерті форма № 025/о з епікризом лікуючого лікаря стаціонару повертається в поліклініку.

22. У випадку смерті хворого лікуючий лікар одночасно з видачею лікарського свідоцтва про смерть у розділі "Щоденник" форми № 025/о здійснює запис: дата видачі, номер лікарського свідоцтва про смерть, вказує причину смерті (частини I і II пункту 11 форми первинної облікової документації № 106/о "Лікарське свідоцтво про смерть №__", затвердженої наказом Міністерства охорони здоров'я України від 08 серпня 2006 року № 545, зареєстрованим у Міністерстві юстиції України 25 жовтня 2006 року за № 1150/13024).

Форми № 025/о на померлих із картотеки передаються в архів закладу охорони здоров'я.

23. Форма № 025/о повинна зберігатися в реєстратурі амбулаторно-поліклінічного закладу.

24. Якщо форма № 025/о стає об'ємною, не дотримується хронологія записів, необхідно заповнити новий примірник форми, в якій у "Листку запису заключних (уточнених) діагнозів" зазначаються всі діагнози хворого зі знаком "+" (плюс) та знаком "-" (мінус), а використана форма здається в архів.

25. У разі ведення форми № 025/о в електронному форматі в неї має бути включена вся інформація, яка міститься на затвердженому паперовому носії. Дані щоденника мають бути роздруковані та засвідчені підписом лікуючого лікаря.

26. Термін зберігання форми № 025/о – 5 років.

**Директор Департаменту лікувально-
профілактичної допомоги**

М.К. Хобзей

<p>Назва міністерства, іншого центрального органу виконавчої влади, органу місцевого самоврядування, у сфері управління якого перебуває заклад</p> <p>_____</p> <p>Найменування та місцезнаходження (повна поштова адреса) закладу, відповідальні особи якого заповнили журнал обліку інфекційних захворювань _____</p> <p>Ідентифікаційний код ЄДРПОУ _____</p>	<p>МЕДИЧНА ДОКУМЕНТАЦІЯ</p> <p>Форма первинної облікової документації № 060/о</p> <p>ЗАТВЕРДЖЕНО</p> <p>Наказ МОЗ України</p> <p>1 0 0 1 2 0 0 6 №1</p>
--	---

<p>ЖУРНАЛ обліку інфекційних захворювань</p>	
<p>Почато _____</p>	<p>Закінчено _____</p>
<p>(число, місяць, рік)</p>	<p>(число, місяць, рік)</p>

Примітка: Графи 13 та 14 заповнюються тільки санітарно-епідеміологічними станціями. У поняття "інфекційні захворювання" включаються і паразитарні

Номер з/п	Дата, години повідомлення (прийому) по телефону та дата відправки (одержання) екстреного повідомлення; хто передав - прийняв (прізвище)	Найменування закладу охорони здоров'я, який надіслав повідомлення	Прізвище, ім'я, по батькові хворого	Вік хворого (для дітей до 3 років включно - вказати місяць та рік народження)	Місце проживання (місто, село, вулиця, будинок №, квартира №)	Місце роботи, навчання хворого тощо (дата останнього відвідування)
1	2	3	4	5	6	7

Дата первинного звернення	Дата захворювання	Діагноз та дата його встановлення	Дата і місце госпіталізації	Змінений (уточнений) діагноз, дата його встановлення	Дата епідем-обстеження. Прізвище того хто проводив обстеження	Повідомлення про захворювання направлено (у СЕС за місцем постійного проживання, у дитячий дошкільний заклад, за місцем навчання, роботи тощо)	Лабораторне обстеження та його результати	Примітка
8	9	10	11	12	13	14	15	16

**Начальник Центру
медичної статистики
МОЗ України**

М.В. Голубчиков

ЗАТВЕРДЖЕНО

Наказ МОЗ України

10.01.2006 № 1

ІНСТРУКЦІЯ

щодо заповнення форми первинної облікової документації

№ 060/о "Журнал обліку інфекційних захворювань"

Ця Інструкція визначає порядок заповнення форми первинної облікової документації № 060/о "Журнал обліку інфекційних захворювань" (далі – форма № 060/о).

1. Форму № 060/о заповнюють відповідальні особи закладів та установ охорони здоров'я незалежно від форм власності та підпорядкування, суб'єкти підприємницької діяльності, що займаються медичною практикою, виховні, навчальні, оздоровчі та інші дитячі заклади і заклади системи соціального захисту (незалежно від місця і обставин виявлення). Форму заповнюють лікарі або середній медичний персонал цих закладів, а також в установах державної санітарно-епідеміологічної служби.

2. У верхньому лівому куті форми вказується назва міністерства, іншого центрального органу виконавчої влади, органу місцевого самоврядування, у сфері управління якого перебуває заклад, відповідальні особи якого заповнили форму № 060/о, його найменування, місцезнаходження (повна поштова адреса) та ідентифікаційний код Єдиного державного реєстру підприємств та організацій України (ЄДРПОУ).

3. Після заголовку обов'язково має бути вказана дата початку та закінчення журналу обліку інфекційних захворювань.

4. У графі 1 журналу вказується порядковий номер запису.

5. У графі 2 зазначаються дата, години повідомлення (прийому) по телефону та дата відправки (одержання) Екстреного повідомлення; хто передав-прийняв (прізвище).

6. У графі 3 зазначається найменування закладу охорони здоров'я, який надіслав повідомлення.

7. У графі 4 вписується прізвище, ім'я, по батькові хворого.

8. У графі 5 зазначається вік хворого (для дітей до 3 років включно вказати місяць та рік народження).

9. У графі 6 вказується місце проживання хворого (місто, село, вулиця, номери будинку та квартири).

10. У графі 7 вписується місце роботи, навчання хворого тощо (дата останнього відвідування).

11. У графах 8, 9 вказуються дата первинного звернення і захворювання.

12. У графах 10, 11 зазначаються діагноз, дата його встановлення і місце госпіталізації.

13. У графі 12 вписується змінений (уточнений) діагноз, дата його встановлення.

14. У графі 13 зазначається дата епідобстеження, та прізвище особи, що його проводила.

15. У графі 14 вказується куди направлено повідомлення про захворювання (в СЕС за місцем постійного проживання, в дитячий дошкільний заклад, за місцем навчання, роботи тощо).

16. У графі 15 зазначаються дані про лабораторне обстеження та його результати

17. У графі 16 „Примітка” вносяться відомості про захворювання, які отримані на підставі спеціальних довідок тощо.

18. Форма № 060/о призначена для персонального обліку хворих інфекційними захворюваннями і для обміну інформацією між закладами охорони здоров'я і СЕС.

19. На кожне інфекційне захворювання (бактеріоносійство), які враховуються за Екстреними повідомленнями, відводяться окремі сторінки журналу. У великих лікувальних закладах на масові захворювання (кір, вітряна віспа, епідемічний паротит тощо) можуть бути заведені окремі журнали (форма

№ 060/о). Графи 13 і 14 у лікувально-профілактичних закладах не заповнюються.

20. Сільські дільничні і районні лікарні (амбулаторії), які мають в районі обслуговування фельдшерсько-акушерські пункти (далі – ФАП) реєструють в журналі (форма № 060/о) також інфекційні захворювання, які виявлені середнім медичним персоналом ФАПів.

21. На підставі Екстрених повідомлень, які поступають до територіальних СЕС, у форму № 060/о вносяться необхідні виправлення, уточнення, доповнення тощо.

22. Дані журналу (форма № 060/о) повинні використовуватись для проведення оцінки епідеміологічної ситуації в районі обслуговування закладу охорони здоров'я.

23. У дошкільних і загальноосвітніх навчальних закладах у журналі (форма № 060/о) ураховуються захворювання, які виявлені персоналом цих закладів, в тому числі на підставі спеціальних довідок, про що в журналі в графі 16 "Примітка" робиться відповідний запис.

24. Форма № 060/о має бути заповнена чітко й розбірливо. Виправлення помилок підтверджується підписом особи, яка заповнила цю форму, із зазначенням дати внесення змін. Відповідальною за інформацію, що надана в формі № 060/о, є особа, яка його заповнила.

25. Термін зберігання облікової форми № 060/о – три роки.

**Начальник Центру
медичної статистики
МОЗ України**

М.В. Голубчиков

<p>Найменування міністерства, іншого органу виконавчої влади, підприємства, установи, організації, до сфери управління якого належить заклад охорони здоров'я</p> <p>Найменування та місцезнаходження (повна поштова адреса) закладу охорони здоров'я, де заповнюється форма</p> <p>Код за ЄДРПОУ </p>	<p>МЕДИЧНА ДОКУМЕНТАЦІЯ</p> <p>Форма первинної облікової документації</p> <p>№ 074/о</p> <p>ЗАТВЕРДЖЕНО</p> <p>Наказ МОЗ України</p> <p>№ </p>
---	---

Ж У Р Н А Л
реєстрації амбулаторних хворих
за _____ р.
Почато " ____ " _____ 20__ року Закінчено " ____ " _____ 20__ року

Номер з/п	Числа місяця	Прийнятий хворий: первинний, повторний (вписати)	Прізвище, ім'я, по батькові хворого	Вік (для дітей до 1 року – дата народження)	Місце проживання хворого	Місце роботи, навчання хворого	Діагноз	Призначене лікування та підпис лікаря чи молодшого спеціаліста з медичною освітою	Примітка
1	2	3	4	5	6	7	8	9	10

Директор Департаменту лікувально-профілактичної допомоги

М.К.Хобзей

Зареєстровано у Міністерстві юстиції України 28 квітня 2012 року за № 694/21007

Інструкція
щодо заповнення форми первинної облікової документації
№ 074/о “Журнал реєстрації амбулаторних хворих”

1. Ця Інструкція визначає порядок заповнення форми первинної облікової документації № 074/о “Журнал реєстрації амбулаторних хворих” (далі – форма № 074/о).

2. Форма № 074/о ведеться в амбулаторно-поліклінічних закладах: фельдшерсько-акушерських пунктах, лікарських та фельдшерських пунктах охорони здоров'я, травмпунктах та приймальних відділеннях закладів охорони здоров'я, які надають стаціонарну допомогу.

3. Форма № 074/о використовується також у закладах охорони здоров'я первинного рівня надання медичної допомоги для обліку лікарських відвідувань.

4. У графах 1, 2 вказуються номер за порядком запису, числа місяця.

5. У графі 3 журналу робиться відмітка: первинний чи повторний хворий.

6. У графах 4–7 журналу зазначаються паспортні дані хворого (прізвище, ім'я, по батькові, вік, місце проживання згідно з паспортними даними, місце роботи).

7. У графі 8 форми № 074/о зазначається діагноз, у графі 9 – призначене лікування та підпис лікаря чи молодшого спеціаліста з медичною освітою.

8. У графі 10 “Примітка” форми № 074/о робиться відмітка про те, що пацієнт був оглянутий лікарем, про видану довідку, її номер тощо. У випадку травми в даній графі необхідно вказати вид травми. У журналі мають фіксуватись також цитологічні дослідження жінок, направлення хворих на госпіталізацію, направлення на консультацію до лікарів, які надають вторинну медичну допомогу.

9. Дані форми № 074/о щодо числа відвідувань використовуються при заповненні форми № 039/о “Відомість обліку відвідувань в поліклініці

(амбулаторії), диспансері, консультації, вдома”, затвердженої наказом Міністерства охорони здоров’я від 28 січня 2004 року № 47, та форми № 039-1/о “Відомість обліку відвідувань до середнього медичного персоналу”, затвердженої наказом Міністерства охорони здоров’я України від 05 серпня 1999 року № 197.

10. Термін зберігання форми 074/о – 5 років.

**Директор Департаменту лікувально-
профілактичної допомоги**

М.К. Хобзей

ЗАТВЕРДЖЕНО

Наказ МОЗ України

14 лютого 2012 року

№ 110

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 <table border="1" style="display: inline-table;"><tr><td> </td><td> </td><td> </td><td> </td><td> </td><td> </td><td> </td><td> </td><td> </td><td> </td></tr></table>											МЕДИЧНА ДОКУМЕНТАЦІЯ Форма первинної облікової документації № 030/о ЗАТВЕРДЖЕНО Наказ МОЗ України <table border="1" style="display: inline-table;"><tr><td> </td><td> </td><td> </td><td> </td><td> </td><td> </td><td> </td><td> </td><td> </td><td> </td></tr></table> № <table border="1" style="display: inline-table;"><tr><td> </td><td> </td><td> </td><td> </td><td> </td><td> </td><td> </td><td> </td><td> </td><td> </td></tr></table>																				

КОНТРОЛЬНА КАРТА
диспансерного нагляду

Прізвище лікаря _____	Код або номер медичної карти амбулаторного хворого (історії розвитку дитини) _____																				
Взятий(а) на облік <table border="1" style="display: inline-table;"><tr><td> </td><td> </td><td> </td><td> </td><td> </td><td> </td><td> </td><td> </td><td> </td><td> </td></tr></table> (число, місяць, рік)											_____ <table border="1" style="display: inline-table;"><tr><td> </td><td> </td><td> </td><td> </td><td> </td><td> </td><td> </td><td> </td><td> </td><td> </td></tr></table>										
Знятий(а) з обліку <table border="1" style="display: inline-table;"><tr><td> </td><td> </td><td> </td><td> </td><td> </td><td> </td><td> </td><td> </td><td> </td><td> </td></tr></table> (число, місяць, рік)											Захворювання, з приводу якого хворий(а) взятий(а) під диспансерний нагляд _____ <table border="1" style="display: inline-table;"><tr><td> </td><td> </td><td> </td><td> </td><td> </td><td> </td><td> </td><td> </td><td> </td><td> </td></tr></table> (число, місяць, рік)										
Причина, через яку знятий(а) з обліку _____	Діагноз, встановлений вперше в житті _____ <table border="1" style="display: inline-table;"><tr><td> </td><td> </td><td> </td><td> </td><td> </td><td> </td><td> </td><td> </td><td> </td><td> </td></tr></table> (число, місяць, рік)																				
Захворювання виявлено при зверненні, при профілактичному огляді (підкреслити)																					
1. Прізвище, ім'я, по батькові _____																					
2. Стать: чоловіча – 1, жіноча – 2 <input type="checkbox"/>	3. Дата народження <table border="1" style="display: inline-table;"><tr><td> </td><td> </td><td> </td><td> </td><td> </td><td> </td><td> </td><td> </td><td> </td><td> </td></tr></table> (число, місяць, рік)																				
4. Місце проживання _____																					
5. Місце роботи (навчання) _____																					
6. Професія (посада) _____																					
7. Контроль відвідувань																					
Призначено з'явитися	<table border="1" style="width: 100%;"><tr><td> </td><td> </td><td> </td><td> </td><td> </td><td> </td><td> </td><td> </td><td> </td><td> </td></tr></table>																				
З'явився	<table border="1" style="width: 100%;"><tr><td> </td><td> </td><td> </td><td> </td><td> </td><td> </td><td> </td><td> </td><td> </td><td> </td></tr></table>																				
Призначено з'явитися	<table border="1" style="width: 100%;"><tr><td> </td><td> </td><td> </td><td> </td><td> </td><td> </td><td> </td><td> </td><td> </td><td> </td></tr></table>																				
З'явився	<table border="1" style="width: 100%;"><tr><td> </td><td> </td><td> </td><td> </td><td> </td><td> </td><td> </td><td> </td><td> </td><td> </td></tr></table>																				
8. Запис про зміни діагнозу, супутніх захворювань, ускладнень																					
9. Лікувально-профілактичні заходи (госпіталізація, санаторно-курортне лікування, працевлаштування, переведення на інвалідність тощо)																					
Найменування лікувально-профілактичних заходів																					
10. Огляд спеціалістами: _____																					
11. Обстеження (лабораторне, функціональне, інструментальне): _____																					
12. Лікування: _____																					
13. Реабілітація: _____																					
Підпис лікаря _____	Дата “ _____ ” _____ 20____ р.																				

ЗАТВЕРДЖЕНО

Наказ МОЗ України

14 лютого 2012 року № 110

Зареєстровано у Міністерстві юстиції України 28 квітня 2012 року за №
671/20984

Інструкція

щодо заповнення форми первинної облікової документації № 030/о “Контрольна карта диспансерного нагляду”

1. Ця Інструкція визначає порядок заповнення форми первинної облікової документації № 030/о “Контрольна карта диспансерного нагляду” (далі – форма № 030/о).

2. Форма № 030/о заповнюється всіма закладами охорони здоров'я, які надають амбулаторно-поліклінічну допомогу, окрім протитуберкульозних, онкологічних, психоневрологічних і наркологічних закладів, у яких заповнюються інші контрольні карти диспансерного нагляду.

3. Форма № 030/о є основним документом для обліку диспансерних хворих та забезпечення контролю і нагляду за ними.

4. У шкірно-венерологічних закладах форма № 030/о заповнюється тільки на взятих під диспансерний нагляд хворих на шкірні хвороби і трихомоніаз. На хворих на венеричні і грибкові шкірні хвороби ця форма не заповнюється; в онкологічних закладах форма № 030/о заповнюється на хворих з передпухлинними захворюваннями. Форма № 030/о заповнюється також на інфекційних хворих та реконвалесцентів, які взяті під диспансерний нагляд лікарями кабінетів інфекційних захворювань.

5. Форма № 030/о заповнюється на хворих, які перебувають під диспансерним наглядом з приводу захворювань. Діагноз, встановлений вперше в житті, вказується з правого боку титульної частини цієї форми. З цього боку титульної частини форми відмічаються дата встановлення діагнозу і метод його

виявлення у разі звернення з приводу захворювання або під час проведення профілактичного огляду.

6. У пункті 1 цієї форми зазначаються прізвище, ім'я, по батькові особи, яку взято під диспансерний нагляд.

7. У пункті 2 зазначається стать особи (проставляється у квадраті), у пунктах 3–6 вказуються дані щодо дати народження, місця проживання за паспортними даними, у разі якщо хворим є дитина, зазначається місце проживання її батьків або інших законних представників, місце роботи (навчання), професії або посади даної особи.

8. Форма № 030/о використовується для контролю за систематичністю нагляду диспансерних хворих, тому в пункті 7 вказуються дати призначеного і фактичного відвідування лікаря особою під наглядом.

9. У пункті 8 зазначається запис про зміни основного діагнозу, супутніх захворювань, ускладнень.

10. Проведені лікувально-профілактичні заходи щодо хворого (госпіталізація, санаторно-курортне лікування, працевлаштування, переведення на інвалідність тощо) вказуються в пункті 9.

11. У пунктах 10–13 зазначається інформація щодо огляду хворого різними спеціалістами, його обстеження (лабораторне, функціональне, інструментальне), а також лікування та реабілітації.

12. На хворих, які перебувають під диспансерним наглядом з приводу двох і більше захворювань, які етіологічно між собою не пов'язані, форма № 030/о заповнюється окремо на кожне захворювання.

13. Контрольні карти диспансерного нагляду зберігаються в картотеці кожного лікуючого лікаря за терміном призначеного наступного відвідування та за нозологічними формами захворювань на хворих, які перебувають під диспансерним наглядом, що дозволяє контролювати, запобігати та вживати заходів стосовно хворих, які пропускають своєчасні відвідування.

14. Форма № 030/о використовується при складанні звіту за формою звітності № 12 “Звіт про захворювання, зареєстровані у хворих, які проживають

у районі обслуговування лікувально-профілактичного закладу, за 20__ рік”, затвердженою наказом Міністерства охорони здоров'я України від 10 липня 2007 року № 378, зареєстрованим у Міністерстві юстиції України 03 вересня 2007 року за № 1009/14276.

15. Форма № 030/о має бути підписана лікарем, у якого хворий перебуває під диспансерним наглядом. Проставляється дата її заповнення.

16. У разі ведення форми № 030/о в електронному форматі в неї має бути включена вся інформація, яка міститься на затвердженому паперовому носії.

17. Термін зберігання форми № 030/о – 5 років.

Директор
Департаменту
лікувально-профілактичної
допомоги

М.К. Хобзей

Додаток 3. Періоди заразності людини при деяких інфекційних хворобах (за В.І. Покровським, 2007)

Інфекційна хвороба	Періоди захворювання				
	інкубаційний (друга половина)	продромальний (початковий)	розпаду	реконвалесценції	після клінічного одужання
Амебіаз		±	+++	++	+
Сказ			+++		
Ботулізм			+++	++	±
Бруцельоз					
Вірусні гепатити:					
• А і Е	+	+++	++	±	±
• В, С і D	+	+++	++	±	±
Гонорея		+	+++	+	±
Грип		+	+++	±	
Дифтерія		+	+++	++	±
Ієрсиніоз кишковий		+	+++	++	±
Інфекція:					
• ВІЛ	±	+	+++	х	х
• <i>Haemophilus influenzae</i>	х	х	х	х	х
• менінгококова		+++	++		
• ротавірусна	±	++	+++	+	±
• стафілококова		±	+++	++	+
• стрептококова		±	+++	++	+
Кампілобактеріоз			+++	++	±
Кашлюк		+++	++	±	
Кір	+	+++	++		
Краснуха		++	+++		
Лепра		++	+++		
Лептоспіроз	х	х	х	х	х
Лістеріоз					
Лихоманка:					
• геморагічна нирковим синдромом	3				

• жовта		++	+++		
• Ку			+		
• Ласса	x	x	+++	++	+
Малярія			+++	++	++
Орнітоз					
Віспа					
• вітряна		+	+++		
• натуральна			+++	++	
Паротит епідемічний		++	+++	++	±
Поліомієліт	+	++	+++	++	±
Псевдотуберкульоз	x	x	x	x	x
Сальмонельози	±	±	+++	++	±
Сап			x		
Сибірська виразка					
Сифіліс		+	+++		
Правець					
Тиф					
• черевний паратифи	±	±	+++	++	±
• висипний епідемічний	±	++	+++	+	
Туберкульоз		+	+++	+	±
Туляремія					
Холера	+	++	+++	++	±
Чума (легенева форма)			+++	++	
Шигельози		±	+++	++	±
Енцефаліти: • кліщовий • японський	—				
Ешеріхіози			+++	++	±

Примітка. Хворий не заразний (?) може бути заразний, але не спостерігається не постійно(±) хворий заразний, ступінь заразності відповідає кількості хрестів (+, ++, +++), не визначене (x).

Додаток 4. Тривалість інкубаційного періоду при деяких інфекційних хворобах (за В.І. Покровським, 2007)

Інфекційна хвороба	Інкубаційний період		
	мінімальний	звичайний	максимальний
Амебіаз	декілька днів	14—30 днів	декілька місяців
Сказ	5 днів	10-60 днів	1 рік та більше
Ботулізм	6 годин	12-36 годин	5—7 днів
Бруцельоз	1 тиждень	4 тижні	декілька місяців
Вірусні гепатити:			
А	7 днів	20-30 днів	45 днів
В	6 тижнів	8—16 тижнів	6 місяців
С	4 дні	6—9 тижнів	6 місяців
D	2 тижні	6 тижнів	10 тижнів
Е	14 днів	30 днів	60 днів
Гонорея	2 дні	3-5 днів	9 днів
Грип	декілька годин	1 день	3 дні
Дифтерія	декілька годин	2-5 днів	10 днів
Іерсиніоз кишковий	15 годин	3-7 днів	15 днів
Інфекція:			
• ВІЛ	3 дні	1 місяць	декілька місяців
• <i>Haemophilus influenzae</i>	1 день	2-3 дні	4 дні
• менінгококова	1 день	2-3 дні	10 днів
• ротавірусна	15 годин	1 - 2 дні	7 днів
• стафілококова:			
- харчове отруєння	30 хвилин	2 – 4 години	6 годин
- синдром токсичного шоку	12 годин	24 години	48 годин
- ЦНС	36 годин	48 годин	72 години
• стрептококова:			
- ангіна	декілька годин	10-12 годин	2 дні
- скарлатина	1 день	2 - 7 днів	12 днів
- бешиха	декілька годин	3 - 4 дні	5 днів
Кампілобактеріоз	1 день	2-3 дня	10 днів
Кашлюк	3 дні	5-12 днів	20 днів
Кір	9 днів	11 днів	21 день (після отримання імуноглобуліну)
Краснуха	11 днів	16-20 днів	24 дні
Лепра	3 роки	7-10 років	30 років
Лептоспіроз	2 дні	7—10 днів	30 днів

Лістеріоз	3 дні	18-20 днів	70 днів
Лихоманка:			
• геморагічна	7 днів	2-3 тижня	35 днів
• з нирковим синдромом			
• жовта	3 дні	4—6 днів	10 днів
• Ку	3 дні	12-19 днів	32 дня
• Ласса	4 дні	7-10 днів	21 день
Малярія			
• тропічна	8 днів	20 днів	30 днів
3-денна	7 днів	10—15 днів	20 днів
с короткою інкубацією			
3-денна			
с тривалою інкубацією	6 місяців	9-10 місяців	14 місяців
• овалі	11 днів	12-14 днів	16 днів
• 4-денна	15 днів	20-30 днів	40 днів
Орнітоз	4 дні	8-12 днів	17 днів
Віспа вітряна	10 днів	15-20 днів	23 дня
Лишай, що оперізує	декілька місяців	декілька років	багато років
Віспа натуральна	5 днів	10-12 днів	22 дні
Паротит епідемічний	11 днів	15-18 днів	25 днів
Поліомієліт	3 дні	7-14 днів	35 днів
Псевдотуберкульоз	3 дні	5-7 днів	10 днів
Сальмонельози	2-6 годин	12-24 годин	2—3 дні
Сап	1 день	2-5 днів	14 днів
Сибірська виразка	декілька годин	2—3 дні	8 днів
Сифіліс	2 дні	20—25 днів	50 днів
Правець	декілька годин	6-14 днів	1 місяць
Тиф:			
• черевний	7 днів	2 тижні	3 тижні
• висипний	1 тиждень	10 днів	2 тижні
Туберкульоз	3 тижні	5-10 тижнів	12 тижнів
Туляремія	1 тиждень	3—7 днів	3 тижні
Холера	декілька годин	1-2 дні	6 днів
Чума	декілька годин	1-2 дні	8 днів
Шигельози	1 день	2-3 дні	7 днів
Енцефаліти			
• кліщовий	8 днів	10—14 днів	60 днів
• японський	5 днів	8-10 днів	15 днів
Ешеріхіози	9 годин	10-12 годин	72 години

Додаток 5. Заходи щодо хворих на інфекційні хвороби і осіб, які були з ними у контакті

Захворювання	Заходи щодо хворих	Заходи щодо осіб, які були в контакті з хворими
Черевний тиф і паратифи А і В	Госпіталізація обов'язкова. Виписування зі стаціонару не раніше ніж на 21-й день нормальної температури (якщо не застосовували антибіотиків - на 14-й) за умови одержання 2 негативних результатів бактеріологічних аналізів калу і сечі, взятих не раніше 5-го дня нормальної температури з 5-денним інтервалом між ними	Спостереження протягом 21 дня (при паратифах - 2 тиж). Однократне бактеріологічне дослідження калу і РПГА з цистеїном. При виділенні збудника з калу - повторне дослідження жовчі, сечі й калу, при позитивній РПГА - однократне. Фагопрофілактика триразово з інтервалом 3-4 дні. Заключна дезінфекція
Вітряна віспа	Ізоляція на 5 днів від останнього підсипання	Діти до 7 років, які не хворіли на вітряну віспу, підлягають ізоляції на 21 день від моменту контакту. Дезінфекцію не проводять
Вірусні гепатити А і В	Госпіталізація в інфекційний стаціонар. Виписування при зникненні жовтяниці, нормалізації розмірів печінки, відновленні функцій печінки (за показниками білірубину, АлАТ). Хворі віком від 3 до 30 років з легким перебігом ВГ А можуть за домовленістю з епідеміологом лікуватися вдома	Медичне спостереження протягом 35 днів (термометрія, огляд не рідше ніж 1 раз на тиждень, ви значення розмірів печінки, контроль за кольором сечі і калу тощо). Лабораторне обстеження (аналіз сечі на жовчні пігменти, визначення АлАТ мікрометодом). У дитячому дошкільному закладі карантин у групі; введення гамма-глобуліну дітям до 14 років і вагітним жінкам; припинення на 2 міс планових щеплень, діагностичних реакцій, стоматологічних обстежень.

Шигельоз	Обов'язкова госпіталізація декретованих груп. Випускання зі стаціонару після клінічного одужання при наявності 2 негативних результатів бактеріологічних аналізів калу, проведених не раніше ніж через 2 дні після відміни антимикробної терапії	Медичне спостереження протягом 7 днів; бактеріологічне обстеження декретованих груп. При залишенні хворого вдома - поточна дезінфекція; після госпіталізації - заключна дезінфекція
Дифтерія	Госпіталізація обов'язкова. Випускання зі стаціонару після клінічного одужання: при локалізованих формах - після 3 тиж, токсичній I ступеня - не раніше ніж на 30-й день, токсичній, II-III ступеня - 50-60-й день від початку, хвороби. Обов'язковими є 2 негативні результати бактеріологічних аналізів на коринебактерії дифтерії з зіву і носа	В осередку карантин на 7 днів, обстеження (мазки з зіву і носа на збудника) всіх контактних. Заключна дезінфекція приміщення, кип'ятіння або камерна обробка речей. Для виявлених носіїв токсигенних штамів - санація носоглотки, відокремлення їх до отримання 2 негативних результатів бактеріологічних аналізів на коринебактерії дифтерії. Носіїв нетоксигенних штамів збудника з колективу не виводять. При безуспішній санації носіїв допускають у повністю прищеплені колективи не раніше ніж на 21-й день із щотижневим бактеріологічним контролем
Кір	Госпіталізація за клінічними та епідеміологічними показаннями. Припинення ізоляції через 4 дні від початку висипань, при ускладненні пневмонією - через 10 днів	Серед прищеплених проти кору заходи не проводять. Нещеплених контактних осіб при відсутності протипоказань терміново вакцинують, ослабленим вводять гамма-глобулін. Для нещеплених: відокремлення організованих дітей на 17 днів; тих, що приймали гамма-глобулін, - на 21 день. Медичне спостереження з щоденною термометрією і

		оглядом. Дезінфекцію не проводять
Лептоспіроз	Обов'язкова госпіталізація в інфекційне, за показаннями - в реанімаційне відділення. Виписування - після зникнення клінічних явищ і відновлення функції печінки та нирок	Відокремлення не практикують. В осередку - дезінфекція, як при кишкових інфекціях, дератизація
Менінгококова інфекція	Обов'язкова госпіталізація для хворих з гнійним менінгітом і менінгококцемією, при назофарингіті - за клінічними та епідеміологічними показаннями. Виписування зі стаціонару після клінічного одужання не раніше ніж на 21-й день від початку хвороби	В організованих колективах обстеження контактних на носійство двічі з інтервалом 3-7 днів, у домашніх осередках - 1 раз. Відокремлення на час обстеження У закритих колективах медичне спостереження протягом 10 днів (термометрія 2 рази на добу огляд носоглотки та шкіри), карантин. При несприятливій епідеміологічній ситуації введення гамма-глобуліну. Санація носіїв. Дезінфекція, в дитячих закладах додатково УФО
Поліомієліт	Госпіталізація. Виписування після зникнення гострих явищ, але не раніше 40-го дня від початку хвороби, з додатковою ізоляцією вдома протягом 12 днів для організованих дітей.	Карантин на 21 день, щоденний медичний огляд з термометрією. Одноразова імунізація незалежно від терміну і повноти наявних щеплень. Дезінфекція.
Сальмонельоз	Госпіталізація. Виписування після клінічного одужання з 1 контрольним дослідженням калу, здійсненим не раніше ніж через 2 дні після закінчення лікування; для харчовиків і організованих дітей - 2 бактеріологічних дослідження калу і сечі	Медичне спостереження в осередку протягом 7 днів, одноразове бактеріологічне обстеження на носійство (калу, сечі)

<p>Скарлатина</p>	<p>Госпіталізація за клінічними та епідеміологічними показаннями. Ізоляція до клінічного одужання, але не менше ніж на 10 днів від початку хвороби. Для декретованих груп: організовані діти до 8 років - додаткова ізоляція в домашніх умовах на 12 днів, дорослі - робітники дитячих і медичних закладів, молочних кухонь - на такий самий час переведення на іншу (епідемічно безпечну) роботу</p>	<p>Хворих на ангіну з осередку скарлатини не допускають у дитячі та медичні заклади, на молочні кухні протягом 22 днів від початку захворювання. Ізоляція на 7 днів дітей до 8 років, які не хворіли на скарлатину. За перехворілими на скарлатину і старшими дітьми, дорослими декретованих груп - медичне спостереження протягом 7 днів після ізоляції хворого. У випадку продовження спілкування з хворими протягом усієї хвороби термін продовжують до 17 днів від початку контакту. Дезінфекція</p>
<p>Висипний тиф</p>	<p>Провізорна госпіталізація хворих з довготривалою гарячкою, з невстановленим діагнозом. Госпіталізація хворих на висипний тиф обов'язкова. Випускання при клінічному одужанні не раніше ніж через 12 днів нормально! температури</p>	<p>Медичне спостереження в осередку протягом 25 днів - щоденна термометрія, серологічне обстеження в РЗК, РНГА. Огляд на педикульоз. Санітарна обробка. Камерна дезінфекція</p>
<p>Холера</p>	<p>Обов'язкова госпіталізація в госпіталь ОН1. Випускання зі стаціонара після повного клінічного одужання, проведення 3-разового щоденного бактеріологічного дослідження калу на холерного вібріона, яке треба починати не раніше як через 24-36 год. після відміни етіотропної терапії; у харчовиків додатково досліджують порції В і С жовчі.</p>	<p>Термінова ізоляція контактних. Медичне спостереження протягом 5 днів, огляд випорожнень. Виявлення сигнально-сортувальних ознак холери (пронос, блювання, корчі). Бактеріологічне обстеження (посів калу на холерного вібріона). Термінова профілактика антибіотиками. Заключна дезінфекція</p>

Епідемічний паротит	Ізоляція на 9 днів від початку захворювання	Ізоляція дітей до 10 років, які не хворіли на епідемічний паротит, на 21 день. Дезінфекцію не проводять
---------------------	---	---

Додаток 6. Порядок проведення щеплень

(Витяг з наказу № 595 від 16.09.2011 р. «Про порядок проведення профілактичних щеплень в Україні та контроль якості й обігу медичних імунобіологічних препаратів»)

6.1. Щеплення за віком

Вік	Щеплення проти					
1 день		Гепатиту В ²				
3-5 днів	Туберкульозу ¹					
1 міс.		Гепатиту В ²				
3 міс.			Дифтерії, кашлюку, правця ³	Поліомієліту ⁴	Гемофільної інфекції ⁵	
4 міс.			Дифтерії, кашлюку, правця ³	Поліомієліту ⁴	Гемофільної інфекції ⁵	
5 міс.			Дифтерії, кашлюку, правця ³	Поліомієліту ⁴		
6 міс.		Гепатиту В ²				
12 міс.						Кору, краснухи, паротиту ⁶
18 міс.			Дифтерії, кашлюку, правця ³	Поліомієліту ⁴	Гемофільної інфекції ⁵	
6 років			Дифтерії, правця ³	Поліомієліту ⁴		Кору, краснухи, паротиту ⁶
7 років	Туберкульозу ¹					
14 років			Дифтерії, правця ³	Поліомієліту ⁴		
18 років			Дифтерії, правця ³			
23 роки			Дифтерії ³			
28 років			Дифтерії, правця ³ (надалі - кожні 10 років)			

¹ Щепленню підлягають усі новонароджені, що не мають до цього протипоказань. Вакцинація проводиться на 3-5-у добу життя дитини (не раніше

48-ї години після народження). Для вакцинації недоношених дітей з масою тіла ≥ 2000 г необхідно застосовувати вакцину для профілактики туберкульозу із зменшеним вмістом антигену (далі - БЦЖ-м).

Щеплення для профілактики туберкульозу не проводять в один день з іншими щепленнями та іншими парентеральними маніпуляціями.

Діти, які не були щеплені в пологовому стаціонарі, підлягають обов'язковій вакцинації в закладах охорони здоров'я.

Якщо дитина не щеплена в пологовому стаціонарі через медичні протипоказання, щеплення проводиться вакциною БЦЖ-м, в інших випадках щеплення проводиться вакциною для профілактики туберкульозу (далі – БЦЖ).

Дітям, яким не виповнилося два місяці, щеплення проти туберкульозу проводиться без попередньої проби Манту. Після двомісячного віку перед виконанням щеплення БЦЖ дитині слід провести пробу Манту. Щеплення проводиться при негативному результаті проби.

З метою раннього виявлення туберкульозу проба Манту з 2-а туберкуліновими одиницями туберкуліну застосовується для всіх дітей з 12-місячного віку систематично раз на рік незалежно від попереднього результату.

Ревакцинації проти туберкульозу підлягають діти у віці 7 років з негативним результатом проби Манту. Ревакцинація проводиться вакциною БЦЖ.

У зв'язку з тим, що профілактичні щеплення можуть вплинути на чутливість до туберкуліну, при проведенні туберкулінодіагностики за віком її необхідно планувати до проведення профілактичних щеплень. У разі якщо з тих або інших причин пробу Манту проводять після проведення профілактичних щеплень, туберкулінодіагностика повинна здійснюватись не раніше ніж через один місяць після щеплення.

² Вакцинації для профілактики гепатиту В підлягають усі новонароджені. Для вакцинації дітей проти гепатиту В використовується схема: 0 (перша доба)-1-6 місяців життя дитини.

Новонародженим з масою тіла менше 2000 г, що народилися від HBsAg позитивних матерів, вакцинація проводиться обов'язково при народженні за схемою 0-1-2-7 (0 - перша доба життя, дата першого введення вакцини, мінімальний інтервал між першим та другим щепленнями - 1 місяць, другим та третім щепленнями - 1 місяць, третім та четвертими щепленнями – 5 місяців).

Особливості вакцинації проти гепатиту В дітей, що не отримали щеплення за віком, наведені у главі 2 цього розділу.

³ Щеплення для профілактики дифтерії, правця та кашлюку проводиться за віком у 3 місяці (перше щеплення), 4 місяці (друге щеплення), 5 місяців (третє щеплення) та 18 місяців (четверте щеплення).

Інтервал між першим і другим, другим і третім щепленнями вакциною проти кашлюку, дифтерії, правця становить щонайменше 1 місяць. Інтервал між третім і четвертим щепленнями повинен становити не менше 12 місяців.

Для вакцинації дітей проти кашлюку на першому році життя можуть використовуватися вакцини як з ацелюлярним (далі – АаКДП), так і з цілюклітинним (далі – АКДП) кашлюковим компонентом.

Перенесений кашлюк в анамнезі не є протипоказанням до вакцинації проти даної хвороби.

Вакцинація проти кашлюку проводиться дітям до 6 років 11 місяців 29 днів.

Ревакцинацію проти дифтерії та правця у 6 років проводять анатоксином дифтерійно-правцевим (далі – АДП), наступну у 14 років та у 18 років – анатоксином дифтерійно-правцевим із зменшеним вмістом антигену (далі - АДП-М).

Першу планову ревакцинацію дорослих за віком та епідеміологічними показаннями, які раніше були щеплені, проводять АДП-М з інтервалом 5 років після останнього щеплення. Подальші планові ревакцинації дорослих проводяться АДП-М з мінімальним інтервалом 10 років від попереднього щеплення АДП-М.

Особливості вакцинації дітей проти кашлюку, дифтерії та правця, що не отримали щеплення за віком, наведені у главі 2 цього розділу.

⁴ Інактивована вакцина для профілактики поліомієліту (далі - ІПВ) застосовується для перших двох щеплень, а при протипоказаннях до введення оральної поліомієлітної вакцини (далі - ОПВ) - для всіх наступних щеплень за цим Календарем.

Вакцина ОПВ застосовується для 3-6-го щеплень (щеплення за віком - 5 місяців, 18 місяців, 6 років та 14 років) за відсутності протипоказань до ОПВ.

Вакцина ІПВ може бути застосована для 3-6-го щеплень як окремо, так і у складі комбінованих вакцин.

Дітям, які перебувають у сімейному оточенні з ВІЛ - інфікованими або з особами, котрим протипоказано введення ОПВ, щеплення проводиться виключно ІПВ-вакциною.

Особливості вакцинації дітей проти поліомієліту, що не отримали щеплення за віком, наведені у главі 2 цього розділу.

Після щеплення ОПВ пропонується обмежити ін'єкції, планові операції протягом 40 днів, виключити контакт з особами, котрим протипоказано введення ОПВ.

⁵Вакцинація дітей для профілактики інфекції, викликаной паличкою *Haemophilus influenzae* тип b (далі - Ніб-вакцина), може проводитись моновакцинами та комбінованими вакцинами, що містять Ніб-компонент. При використанні Ніб-вакцини для первинної вакцинації необхідно надавати перевагу комбінованим вакцинам з Ніб-компонентом.

Щеплення для профілактики інфекції, викликаной паличкою *Haemophilus influenzae* тип b, слід проводити за схемою 3-4-18 місяців.

Вакцинація проти Ніб-інфекції проводиться дітям до 4 років 11 місяців 29 днів. У старшому віці вакцинація проти Ніб-інфекції проводиться лише особам з групи ризику відповідно до глави 4 цього розділу.

Особливості вакцинації для профілактики інфекції, викликані паличкою *Haemophilus influenzae* тип b, дітей, що не отримали щеплення за віком, наведені у главі 2 цього розділу.

Вакцинація для профілактики кору, епідемічного паротиту та краснухи проводиться у віці 12 місяців. Друге щеплення - у віці 6 років.

Дітям, що не були вакциновані проти кору, паротиту чи краснухи за віком у 12 місяців та в 6 років, щеплення можна починати у будь-якому віці до 18 років. У цьому разі дитина має отримати 2 дози з дотриманням між дозами мінімального інтервалу.

Перенесене захворювання на кір, епідемічний паротит чи краснуху не є протипоказанням до щеплення.

Особливості вакцинації дітей проти кору, епідемічного паротиту, краснухи з порушенням цього Календаря наведені у главі 2 цього розділу.

Вакцинація проти кору, епідемічного паротиту, краснухи осіб старше 18 років, що не отримали щеплення за віком, наведена у розділах III та IV цього Календаря.

Не слід спочатку розпочинати серію вакцинації, якщо була пропущена доза, незалежно від того, скільки часу минуло. Необхідно ввести дози, яких не вистачає за графіком, з дотриманням мінімальних інтервалів між дозами відповідно до глави 2 цього розділу.

6.2. Щеплення за станом здоров'я

Щеплення за станом здоров'я є обов'язковими в медичному супроводі пацієнтів з високим ризиком виникнення та тяжким перебігом інфекції.

Схема щеплення осіб за станом здоров'я

Щеплення проти	Схема щеплення	Показання	Примітка
Грипу	Щорічно. Дозволена для щеплення дітям з 6 - місячного віку	ВІЛ-інфекція	Відповідно до глави 3 цього розділу
		Цукровий діабет	
		Первинні імунодефіцити (селективний дефіцит IgA, дефіцит субкласів IgG, транзиторна гіпогаммаглобулінемія, дефіцити системи фагоцитозу, дефіцити системи комплементу)	
		Хронічні захворювання печінки (у тому числі фіброз та цироз печінки)	
		Бронхіальна астма	
		Ураження нирок (хронічна ниркова недостатність або нефротичний синдром)	
		Хронічні захворювання легень (уроджені аномалії, набуті хвороби, муковісцидоз)	
		Хронічні ураження серцево-судинної системи (уроджені та набуті вади серця, кардіоміопатія)	
		Функціональна чи анатомічна аспленія (у тому числі – серпоподібно-клітинна анемія)	
Трансплантація кісткового мозку	Щеплення проводиться не раніше ніж через 6 місяців після трансплантації		

		Пацієнти, що тривало утримують ацетилсаліцилову кислоту Лімфома Множинна міелома Лейкемія	Щеплення проводиться не раніше ніж через 4 тижні після припинення імуносупресивної терапії (хіміотерапії) та при збільшенні гранулоцитів та лімфоцитів у периферійній крові >1000 клітин/мкл (>1,0 x10 ⁹ /л)
Пневмо-кокової інфекції	Щеплення кон'югованою вакциною або некон'югованою полісахаридною вакциною проводяться відповідно до інструкції про використання вакцин	ВІЛ-інфекція	Відповідно до глави 3 цього розділу
		Ураження нирок (хронічна ниркова недостатність або нефротичний синдром)	
		Первинні імунодефіцит - дефіцит системи комплементу (ранніх білків – С1, С4, С2, С3), селективний дефіцит IgA	
		Бронхіальна астма	Щеплення проводять при контрольованому перебігу захворювання
		Функціональна чи анатомічна аспленія (у тому числі серпоподібно-клітинна анемія)	Щеплення проводиться за 2 тижні до планової спленектомії. Інакше - якомога швидше після спленектомії
		Хронічні захворювання печінки (у тому числі фіброз та цироз печінки)	
		Назальна лікворея	
		Цукровий діабет типу 1	
		Хронічні захворювання легень (уроджені аномалії, набуті хвороби, муковісцидоз) та бронхоектатична хвороба	
		Туберкульоз (інфіковані мікобактерією туберкульозу)	
		Хронічні ураження серцево-судинної системи (уроджені та набуті вади серця, клапанів, кардіоміопатії)	

		Лімфома Множинна міелома Лейкемія Хвороба Ходжкіна	Щеплення проводиться за 2 тижні до початку імуносупресивної терапії. Інакше - через 3 місяці після припинення імуносупресивної терапії
		Імуносупресивна гормональна терапія (відповідно до Переліку медичних протипоказань до проведення профілактичних щеплень, затвердженого цим наказом)	Щеплення проводиться за 2 тижні до початку імуносупресивної терапії або після її припинення
		Трансплантація кісткового мозку	Оптимальним є проведення щеплення через 12 місяців після проведення трансплантації
		Трансплантація органів	Оптимально провести через 6 місяців після трансплантації
НіВ-інфекції	Щеплення проводиться не вакцинованим раніше	Первинні імунодефіцит - дефіцит системи комплементу (ранніх білків – С1, С4, С2, С3), селективний дефіцит ІgА	
		Хронічні захворювання легень (уроджені аномалії, набуті хвороби, муковісцидоз) та бронхоектатична хвороба	
		Лімфома Множинна міелома Лейкемія	
		Хвороба Ходжкіна	Щеплення проводиться за 2 тижні до початку імуносупресивної терапії. Інакше - через 3 місяці після припинення імуносупресивної терапії
		Трансплантація кісткового мозку	Оптимальним є проведення щеплення через 12 місяців після проведення трансплантації

		Трансплантація органів	Оптимально провести через 6 місяців після трансплантації
Менінгококової інфекції	Щеплення проводяться полісахаридною вакциною особам старше 24 місяців життя одноразово. Щеплення кон'югованою вакциною проводяться дітям віком до 2 років	Функціональна чи анатомічна аспленія (у тому числі серпоподібно-клітинна анемія)	
		Комплемент C1, C4, C2, C3, C5-C9, пропердин, фактор В	
Вітряної віспи	Щеплення проводиться дітям старше 12 місяців життя до 12 років одноразово. При щепленні осіб віком 13 років і старше – дворазово з 4-тижневим інтервалом	Хронічна ниркова недостатність, ВІЛ-інфекція	Відповідно до глави 3 цього розділу
		Трансплантація кісткового мозку	Щеплення проводиться не раніше ніж через 24 місяці та за відсутності імуносупресії (збільшення гранулоцитів та лімфоцитів у периферійній крові >1000 клітин/мкл (більше $1,0 \times 10^9/\text{л}$))
		Первинні імунодефіцити без ураження Т- клітин	
Гепатиту В	Щеплення проводиться не вакцинованим раніше	Хронічні ураження печінки (інфекційного та неінфекційного генезу)	Відповідно до глави 5 цього розділу
		Трансплантація органів та тканин	
		Діти, що перебувають на гемодіалізі	
		Особа, що отримують багаторазові довготривалі переливання донорської крові або її препаратів	
		Особа, що потребують планових оперативних втручань	

Гепатиту А	Щеплення проводиться особам старше 12 місяців дворазово з інтервалом у 6 місяців	Хронічні ураження печінки (інфекційного та неінфекційного генезу)	
		Трансплантація печінки	Оптимально провести щеплення до трансплантації або через 6 місяців після трансплантації

6.3. Рекомендовані щеплення

Щеплення для профілактики	Групи, що підлягають щепленню
Вітряної віспи	здорові діти, які досягли 12-місячного віку і не хворіли на вітряну віспу; діти при вступі до дитячого дошкільного закладу та школи, які раніше не хворіли на вітряну віспу; працівники охорони здоров'я та освіти, які мають високий ризик інфікування і не хворіли на вітряну віспу
Гепатиту А	персонал установ громадського харчування та підприємств харчової промисловості, який бере участь у приготуванні (виробництві), транспортуванні та реалізації продуктів харчування; військовослужбовці, співробітники МВС України, пожежники, персонал служб спеціального призначення (оперативні служби); персонал з обслуговування водоочисних споруд, водопровідних мереж, з обслуговування каналізаційних систем та каналізаційних очисних споруд; особи, які беруть участь у миротворчих заходах, наданні гуманітарної допомоги тощо; особи, які вживають наркотичні речовини внутрішньовенно, ВІЛ-інфіковані; особи, що проживають в ендемічних регіонах щодо гепатиту А; особи, які подорожують до регіонів з високою ендемічністю гепатиту А; особи, які спілкувалися з хворим на гепатит А в осередках інфекції

Гепатиту В	<p>медичні працівники; військовослужбовці, співробітники МВС України, пожежники, персонал служб соціального призначення (оперативні служби); персонал та пацієнти закритих закладів (психіатричних установ тощо); персонал та особи, що перебувають у закладах виконання покарань; персонал сфери послуг, що за специфікою своєї професійної діяльності може мати контакт з біологічними рідинами людини (перукарі, персонал салонів краси, масажисти тощо), а також особи, які навчаються за цими спеціальностями; спортсмени; особи, які вживають наркотичні речовини внутрішньовенно, ВІЛ-інфіковані, особи з венеричними захворюваннями; особи, які часто змінюють сексуальних партнерів; жінки, котрі надають сексуальні послуги; чоловіки, котрі мають статеві стосунки із чоловіками; молоді люди у віці 20-40 років, у першу чергу жінки; хворі на хронічні та онкологічні захворювання, з хронічною печінковою недостатністю; особи, які подорожують до регіонів з високою ендемічністю щодо гепатиту В</p>
Грипу	<p>військовослужбовці, будівельники, працівники Державної автомобільної інспекції Міністерства внутрішніх справ, медичні працівники тощо; особи, які доглядають хворих на грип удома; діти з 6-місячного віку; особи похилого віку після 60 років; трудова колективи підприємств, установ, організацій; жінки, які, ймовірно, будуть перебувати у вагітності під час епідемії грипу; вагітні</p>
Кашлюку	<p>ревакцинація раніше вакцинованих дітей та дорослих для профілактики кашлюку</p>
Краснухи	<p>дорослі для профілактики краснухи, ВІЛ-інфіковані (відповідно до глави 3 розділу II цього Календаря)</p>
Епідемічного паротиту	<p>дорослі для профілактики епідемічного паротиту, ВІЛ-інфіковані (відповідно до глави 3 розділу II цього Календаря)</p>
Кору	<p>дорослі для профілактики кору, ВІЛ-інфіковані (відповідно до глави 3 розділу II цього Календаря)</p>

Пневмококової інфекції	діти та дорослі для профілактики пневмококової інфекції; діти із закритих колективів; особи похилого віку, особливо які мешкають в інтернатах
Менінгококової інфекції	діти та дорослі для профілактики менінгококової інфекції
Папіломавірусної інфекції	для запобігання виникненню цервікальної інтраепітеліальної неоплазії 2–3-го ступенів та раку шийки матки, піхви, вульви, генітальних кондилом (у чоловіків та жінок) та інших захворювань, що спричиняються вірусом папіломи людини
Ротавірусної інфекції	для профілактики гастроентеритів, що викликані ротавірусом
Захворювання, для імунопрофілактики якого існує вакцина, зареєстрована в Україні	особи, які бажають зробити щеплення в лікувально-профілактичних закладах за направленням лікаря

Вакцинацію проводять відповідно до інструкції про застосування вакцини.

6.4. Щеплення, які проводяться на ендемічних і ензоотичних територіях та за епідемічними показаннями

1. **Ендемічна територія** – це територія, у межах якої протягом тривалого часу реєструються непоодинокі випадки захворювання населення певною інфекційною хворобою.

2. **Ензоотична територія** - територія, у межах якої протягом тривалого часу реєструються непоодинокі випадки захворювання населення певною інфекційною хворобою, переносником якої є тварина.

3. **Епідемічні показання** – показання до проведення активної імунопрофілактики, що не передбачено вакцинацією за віком, у разі виникнення несприятливої епідемічної ситуації або загрози її виникнення, а також при можливому ризику інфікування у випадку контакту особи з джерелом інфекції.

4.

Щеплення для профілактики	Терміни початку вакцинації	Терміни ревакцинації	Примітки
Туляремії ¹	Починаючи з 7-ми років	Через кожні 5 років	Планову імунопрофілактику проводять окремим професійним групам і особам, які мешкають на ендемічних територіях
Бруцельозу ²	Починаючи з 18-ти років	Через 1 рік	
Гарячки Ку	Починаючи з 14-ти років	Згідно з інструкцією про застосування вакцини	Імунопрофілактику проводять за епідпоказами
Кліщового енцефаліту	Починаючи з 4-х років	Щорічно протягом трьох років	
Чуми ³	Починаючи з 2-х років	Згідно з інструкцією про застосування вакцини	Імунопрофілактику проводять за епідпоказами

Черевного тифу⁴	Починаючи з 7-ми років	Через два роки	Імунізація проводиться при визначенні території неблагополучною за 2-3 місяці до епідпідйому за рішенням головного державного санітарного лікаря відповідної території
Грипу⁵	Згідно з інструкцією про застосування вакцини	Згідно з інструкцією про застосування вакцини	
Жовтої лихоманки	Починаючи з 9-ти місяців	Через 10 років	Імунізація проводиться за 10 діб до виїзду особам, які виїжджають у країни, ендемічні з цієї інфекції
Сказу⁶	При зверненні по медичну допомогу з приводу покусів, подряпин, ослизнення хворими або підозрілими щодо захворювання на сказ тваринами	Згідно з інструкцією про застосування вакцини	Планову імунопрофілактику проводять особам з групи ризику захворювання на сказ. Проводиться курс щеплень вакциною і антирабічним імуноглобуліном
Дифтерії⁷	Проводяться за епідпоказами	Згідно з інструкцією про застосування вакцини	
Правця	Проводяться за епідпоказами	Згідно з інструкцією про застосування вакцини	
Гепатиту А⁸	Проводяться за епідпоказами	Згідно з інструкцією про застосування вакцини	
Поліомієліту⁹	Проводяться за епідпоказами	Згідно з інструкцією про застосування вакцини	

Кору¹⁰	Проводяться за епідпоказами	Згідно з інструкцією про застосування вакцини	
Епідемічного паротиту¹⁰	Проводяться за епідпоказами	Згідно з інструкцією про застосування вакцини	
Краснухи¹⁰	Проводяться за епідпоказами	Згідно з інструкцією про застосування вакцини	
Менінгокової інфекції¹¹	Проводяться за епідпоказами	Згідно з інструкцією про застосування вакцини	
Гепатиту В¹²	Проводяться за епідпоказами	Згідно з інструкцією про застосування вакцини	
Сибірки	Проводяться за епідпоказами	Згідно з інструкцією про застосування вакцини	
Вітряної віспи	Проводяться за епідпоказами	Згідно з інструкцією про застосування вакцини	
Кашлюку	Проводяться за епідпоказами	Згідно з інструкцією про застосування вакцини	
Холери	з 2-х років	через 6 місяців	

Щепленню підлягають:

¹ Персонал пунктів, підприємств із заготівлі шкір промислових тварин, їх первинної переробки;

працівники овоче-, зерноховищ, цукрових заводів, елеваторів;

мисливці, лісники, меліоратори;

медичний персонал відділів і лабораторій особливо небезпечних інфекцій, протичумних установ, які працюють з живими культурами туляремії або зараженим матеріалом;

працівники млинів, комбикормових заводів, льонозаводів, підприємств з переробки сільськогосподарської продукції та сировини тваринного походження, працівники, які працюють з фуражем, пастухи, рільники, меліоратори, геологи, будівельники, які працюють у природних осередках туляремії.

² Працівники тваринницьких господарств, неблагополучних щодо бруцельозу незалежно від форми власності;

працівники м'ясокомбінатів, забійних пунктів та інших підприємств з переробки сировини й продуктів тваринництва, у які надходять сільськогосподарські тварини або сировина тваринницького походження з господарств, неблагополучних щодо бруцельозу;

спеціалісти ветеринарної медицини, які працюють з живими культурами бруцел або зараженим матеріалом, а також обслуговують господарства, неблагополучні щодо бруцельозу;

інші категорії населення у разі стійкого неблагополуччя територій згідно з рішенням територіальних закладів державної санітарно-епідеміологічної служби, надзвичайних протиепідемічних та протиепізоотичних комісій.

³ Працівники лабораторій відділів особливо небезпечних інфекцій санітарно-епідеміологічних станцій та працівники лабораторій ветеринарної медицини, які працюють з живими культурами сибірки або зараженим матеріалом.

⁴ Працівники водогінної та каналізаційної мереж.

⁵ Групи медичного ризику (висока можливість клінічних ускладнень грипу):

особи з хронічними захворюваннями (дихальної та серцево-судинної систем, нирок, обміну речовин);

особи віком понад 60 років;

особи, що перебувають у спеціалізованих колективах (інтернатах, будинках для осіб похилого віку, будинках дитини тощо).

Групи епідемічного ризику (висока можливість інфікування грипом):

діти загальноосвітніх закладів;

персонал медичних закладів;

персонал дошкільних, середніх та інших навчальних закладів, інтернатів, будинків дитини та будинків для громадян похилого віку тощо;

робітники сфери послуг, торгівлі, транспорту, військові, а також особи, що перебувають у контакті з великою кількістю людей;

персонал підприємств, установ, організацій (з метою запобігання спалахам інфекційних хвороб);

особи, які доглядають хворих на грип удома;

особи віком понад 60 років;

жінки, які, ймовірно, будуть перебувати у вагітності під час епідемії грипу;

вагітні.

⁶ Працівники ветеринарних лабораторій та клінік, мисливці, спеціалісти ветеринарної медицини, працівники боєнь, таксидермісти;

працівники притулків для утримання тварин;

особи при зверненні за медичною допомогою з приводу укусів, подряпин, ослизнення хворими або підозрюваними щодо захворювання на сказ тваринами.

⁷ При виникненні вогнища (наявність контактних осіб) дифтерії необхідно:

провести вакцинацію нещеплених осіб після закінчення карантину проти дифтерії у даному вогнищі (вакцинація та перша ревакцинація згідно з главою 1 розділу II цього Календаря);

провести ревакцинацію згідно з цим Календарем щеплень особам, які підлягають ревакцинації в поточному році;

провести додаткову імунізацію особам, щепленим без порушення схеми імунізації, однією дозою АД або АД-М анатоксину згідно з цим Календарем щеплень за віком, якщо після останнього щеплення для профілактики дифтерії минуло понад рік.

⁸ При епідемічному підйомі захворювання:

діти від 2-х до 10-ти років, які мешкають на ендемічних територіях (середні показники захворюваності на гепатит А за останні 5 років перевищують аналогічні середні показники захворюваності по Україні більше ніж у 2 рази);

при виникненні вогнища вакцинацію контактним особам проводять протягом першого тижня;

персонал з обслуговування водоочисних споруд, водопровідних мереж, з обслуговування каналізаційних систем та каналізаційних очисних споруд;

особи, які беруть участь у миротворчих заходах, наданні гуманітарної допомоги тощо;

особи, які подорожують до регіонів з високою ендемічністю гепатиту А.

⁹ У разі завезення “дикого” поліовірусу на територію України.

¹⁰ При виникненні вогнища (наявність контактних осіб) кору, епідемічного паротиту або краснухи проводять вакцинацію в перші три дні від моменту контакту дітям старше 1-го року, які не хворіли на зазначені інфекції і не були щеплені. Дорослим (у віці до 30-ти років) роблять щеплення, якщо вони не хворіли на зазначені інфекції і не отримали вакцинацію та ревакцинацію проти них.

¹¹ При епідемічному підйомі захворюваності з генералізованими формами:

особи, які мешкають на ендемічних територіях;

у вогнищах інфекції, викликаній менінгококом відповідної серогрупи.

¹² Медичні працівники, студенти навчальних закладів, які професійно мають контакт з кров'ю, її препаратами та здійснюють парентеральні маніпуляції; особи, які контактували з хворими на гепатит В; реципієнти

донорської крові та її препаратів; діти в дитячих будинках та будинках дитини; члени родин, у яких є хворі на гепатит В та носії вірусу гепатиту В; пацієнти з хронічними захворюваннями печінки; пацієнти, які підлягають плановому оперативному втручанню.

5. Перелік ендемічних та ензоотичних територій визначається Міністерством охорони здоров'я України за поданням Міністерства охорони здоров'я Автономної Республіки Крим, управлінь (головних управлінь) охорони здоров'я обласних, Київської та Севастопольської міських державних адміністрацій та санітарно-епідеміологічних станцій Автономної Республіки Крим, обласних, Київської та Севастопольської міських санітарно-епідеміологічних станцій і Центральної санітарно-епідеміологічної станції МОЗ України.

6. Щеплення осіб, що виїжджають за межі України, проводиться з урахуванням епідемічної ситуації в країні виїзду у відповідності до рекомендацій ВООЗ.

Додаток 7. Відомості про деякі імунобіологічні препарати

Коротка інструкція із застосування Інфанрикс Гекса™

Комбінована вакцина для профілактики дифтерії, правця, кашлюку (ацелюлярний компонент), гепатиту В, поліомієліту і захворювань, збудником яких є *Haemophilus influenzae* тип *b*.

Склад

Одна доза (0,5 мл) містить:

- ✓ дифтерійний анатоксин не менше 30 МО;
- ✓ правцевий анатоксин не менше 40 МО;
- ✓ три очищених антигени кашлюку:
 - кашлюковий токсин (РТ) 25 мкг;
 - філаментозний гемаглютинін (FHA) 25 мкг;
 - пертактин (PRN) 8 мкг;
- ✓ очищений основний поверхневий антиген (HBsAg) вірусу гепатиту В (HBV) 10 мкг;
- ✓ інактивовані віруси поліомієліту трьох типів (IPV):
 - тип 1 штамп Mahoney, 40 DU;
 - тип 2 штамп MEF1, 8 DU;
 - тип 3 штамп Saukett, 32 DU;
- ✓ склад Hib компонента:
 - кон'югат капсульного полісахариду *Haemophilus influenzae* тип *b* 10 мкг;
 - правцевий анатоксин, адсорбований 20—40 мкг;
 - лактоза 12,6 мг;
 - алюміній 0,12 мг;
- ✓ допоміжні речовини:
 - натрію хлорид 4,5 мг;
 - середовище 199 (M 199), що містить амінокислоти, 1,15 мг;
 - вода для ін'єкцій 0,5 мл;
- ✓ ад'ювант:
 - алюмінію гідроксид 0,5 мг;
 - алюмінію фосфат 0,2 мг.

Форма випуску

Суспензія (DTPa-HBV-IPV) в одноразовому шприці та порошок (Hib) для ін'єкцій у флаконі, які змішують перед використанням, у комплекті з двома голками.

Імунологічні та біологічні особливості

Уведення препарату відповідно до затвердженої схеми зумовлює формування специфічного імунітету проти дифтерії, правця, кашлюку, гепатиту В, поліомієліту і захворювань, збудником яких є *Haemophilus influenzae* тип *b*. Протягом трирічного періоду довгострокового спостереження ефективність гексавалентних вакцин становила 92,8 % для первинних серій і 100 % для бустерної дози.

Показання

Вакцина Інфанрикс Гекса™ призначена для первинної та бустерної імунізації дітей з метою профілактики дифтерії, правця, кашлюку, гепатиту В, поліомієліту і захворювань, збудником яких є *Haemophilus influenzae* тип *b*.

Спосіб застосування і дози

Курс первинної вакцинації складається з введення 3 доз по 0,5 мл (наприклад, введення вакцини у віці 2, 3, 4 міс., або 3, 4, 5 міс., або 2, 4, 6 міс.) або 2 доз (наприклад, введення вакцини у віці 3, 5 міс.) з інтервалом щонайменше 1 міс. Ревакцинація мусить бути проведена як мінімум через 6 міс. після введення останньої дози, найкраще у віці до 18 міс. Можлива схема введення 3, 4, 5, 18 міс. Препарат вводять глибоко внутрішньом'язово в передньозовнішню ділянку стегна.

Щеплення дітей на території України здійснюється згідно з вимогами діючих наказів МОЗ України.

Інструкція з приготування вакцини

Вакцину необхідно готувати шляхом додавання всього вмісту шприца із суспензією (ДТРа-НВВ-ІРВ) у флакон, що містить ліофілізований порошок (*Hib*). Додавати вакцину слід лише тоді, коли вона досягне кімнатної температури. Відновлена вакцина являє собою більш мутну суспензію, ніж рідкий компонент окремо. Це нормальне явище, яке не впливає на активність вакцини. Вакцину слід вводити одразу після розчинення. Після того як вакцину дістали з холодильника, вона може зберігатися до 8 год за кімнатної температури (21 °С).

Побічна дія

У частини вакцинованих після щеплень можуть розвинути загальні (підвищення температури тіла, нездужання) і місцеві (біль, гіперемія, набряк) реакції. Можливі судоми, пов'язані з підвищенням температури тіла, епізоди пронизливого крику, алергійні прояви, загострення захворювань. Враховуючи можливість розвитку алергійних реакцій миттєвого типу, після щеплення необхідно забезпечити медичний догляд.

Протипоказання

Підвищена гіперчутливість на будь-який компонент вакцини. Енцефалопатія невідомої етіології протягом 7 днів після попередньої вакцинації вакциною з кашлюковим компонентом. Необхідно продовжити вакцинацію вакцинами без кашлюкового компонента.

Особливості застосування

Не вводити вакцину внутрішньовенно і внутрішньшкірно. Уведення вакцини слід відстрочити за наявності в дитини гострого захворювання, що супроводжується фебрильною температурою тіла. Наявність незначної інфекції не є протипоказанням.

Вакцинації мають передувати вивчення медичної документації дитини та клінічне обстеження. Інфекція, спричинена вірусом імунодефіциту (ВІЛ), не є протипоказанням до вакцинації.

Умови зберігання

Вакцину зберігають у темному місці за температури від 2 до 8 °С. Вакцина, що була заморожена, використанню не підлягає.

Термін придатності - 36 міс.

Умови відпуску - За рецептом.

Виробник: “GlaxoSmithKline Biologicals s.a.”, Rue de l’Institut 89, B-1330 Rixensart, Бельгія.

Перед використанням препарату обов’язково ознайомтеся з повним текстом інструкції із застосування.

С. Р. МОЗ України №333\12-300200000 від 08.08.2012.

Коротка інструкція із застосування Бустрикс™

Комбінована вакцина для профілактики дифтерії, правця, кашлюку, ацелюлярна очищена інактивована.

Склад

Одна доза (0,5 мл) містить:

- ✓ адсорбований дифтерійний анатоксин (D) не менше ніж 2 МО;
- ✓ адсорбований анатоксин правця (T) не менше ніж 20 МО;
- ✓ адсорбований анатоксин кашлюку (PT) 8 мкг;
- ✓ адсорбований філаментозний гемаглютинін (FHA) 8 мкг;
- ✓ адсорбований пертактин 2,5 мкг.

Форма випуску

Суспензія (dТра) для ін’єкцій.

Показання

Бустерна імунізація (ревакцинація) проти дифтерії, правця, кашлюку, починаючи з 4-річного віку. Щеплення дітей на території України здійснюється згідно з вимогами діючих наказів МОЗ України.

Спосіб застосування і дози

Рекомендується одноразове введення вакцини в дозі 0,5 мл. Може призначатися відповідно до існуючої медичної практики імунізації комбінованими вакцинами проти дифтерії і правця у дорослих за потреби ревакцинації проти кашлюку.

Побічна дія

За даними клінічних досліджень, найпоширенішими реакціями були реакції в місці введення вакцини (біль, почервоніння, набряк). Дуже рідко спостерігали випадки алергічних реакцій.

Протипоказання

Вакцину Бустрікс™ не слід призначати особам із відомою гіперчутливістю до будь-якого компонента вакцини або особам із ознаками гіперчутливості після попереднього введення вакцин проти дифтерії, правця, кашлюку. Вакцина Бустрікс™ протипоказана особам, у яких спостерігали енцефалопатію невідомої етіології упродовж 7 днів після попереднього введення вакцини, що містить кашлюковий компонент. Не слід призначати особам, у яких відзначалися тимчасова тромбоцитопенія або неврологічне ускладнення після попередньої імунізації проти дифтерії та/або правця.

Особливості застосування

Застосування Бустрікс™ має бути відстрочене в осіб, які мають гостре захворювання, що супроводжується лихоманкою. Наявність незначної інфекції не є протипоказанням до вакцинації. Якщо відомо про наявність перерахованих нижче симптомів після введення кашлюкової вакцини, рішення має бути ретельно обдуманим: температура 40 °С і вище протягом 48 год після вакцинації, колапс або шокоподібний стан упродовж 48 год після вакцинації, плач або крик, який не припиняється понад 3 год, протягом 48 год після вакцинації. У дітей із прогресуючими неврологічними порушеннями, включаючи інфантильні спазми, неконтрольовану епілепсію чи прогресуючу енцефалопатію, краще відкласти вакцинацію проти кашлюку. З обережністю призначають вакцинацію особам з тромбоцитопенією або порушеннями згортання крові.

Умови зберігання

Зберігати за температури від 2 до 8 °С. Не заморожувати.

Зберігати у захищеному від світла і недоступному для дітей місці. Вакцину необхідно транспортувати відповідно до правил холодового ланцюга.

Умови відпуску - За рецептом.

Виробник: “GlaxoSmithKline Biologicals s.a.”, Rue de l’Institut 89, B-1330 Rixensart, Бельгія.

Перед використанням ознайомтеся з повним текстом інструкції із застосування.

С. Р. МОЗ України №831/11-300200000 від 21.02.2011.

Коротка інструкція із застосування Ротарикс™

Вакцина для профілактики ротавірусної інфекції.

Склад

Одна доза (1,5 мл) містить: живий ослаблений ротавірус людини (штам RIX4414), не менше 10^6 ТЦД₅₀.

Форма випуску

Суспензія для перорального застосування.

Показання

Вакцина Ротарикс™ призначена для профілактики гастроентериту, спричиненого ротавірусами серотипу G1 та інших серотипів (наприклад, G2, G3, G4, G9).

Спосіб застосування і дози

Вакцина Ротарикс™ призначена тільки для перорального застосування. Курс вакцинації складається з двох доз. Перша доза може бути призначена дитині, починаючи з віку 6 тиж. Інтервал між застосуванням першої і другої дози має становити не менше ніж 4 тиж. Курс вакцинації слід закінчити до досягнення дитиною віку 24 тиж. Щеплення дітей на території України здійснюється згідно з вимогами діючих наказів МОЗ України.

Побічна дія

У дослідженнях, у яких Ротарикс™ застосовували самостійно (призначення інших звичайних педіатричних вакцин відбувалося за графіком), частота і тяжкість таких очікуваних симптомів, як діарея, блювання, втрата апетиту, лихоманка, дратівливість і кашель/нежить, суттєво не відрізнялися в групі, вакцинованій Ротарикс™, порівняно з групою, що отримувала плацебо.

Протипоказання

Вакцину Ротарикс™ не слід застосовувати в осіб із відомою підвищеною чутливістю після попереднього застосування вакцини Ротарикс™ або до будь-якого з компонентів вакцини. Вакцину Ротарикс™ не слід застосовувати в осіб із не усуненою вродженою вадою розвитку травного тракту (такою, як дивертикул Меккеля), що може бути передумовою розвитку кишкової інвагінації.

Особливості застосування

Уведення вакцини Ротарикс™ має бути відстрочене в осіб, які страждають на гостре захворювання, що супроводжується лихоманкою. Проте наявність незначної інфекції не є протипоказанням до проведення імунізації. Застосування вакцини Ротарикс™ слід відстрочити в осіб, які страждають на діарею або блювання. Дані про безпеку та ефективність застосування вакцини Ротарикс™ у немовлят із захворюваннями травного тракту відсутні. Тому застосовувати вакцину таким немовлятам слід з обережністю, порівнюючи ризики від вакцинації та захворювання. Особи, які контактують із нещодавно вакцинованими дітьми, повинні бути поінформовані про необхідність

дотримання ретельної гігієни (включаючи миття рук) після зміни підгузків у дитини.

Умови зберігання

Зберігати за температури від 2 до 8 °С. Зберігати в оригінальній упаковці, захищати від світла. Не заморозувати, не використовувати, якщо вакцину було заморожено. Вакцину Ротарикс™ необхідно транспортувати згідно з правилами холододового ланцюга.

Виробник: “GlaxoSmithKline Biologicals s.a.”, Rue de l’Institut 89, B-1330 Rixensart, Бельгія.

Перед використанням ознайомтеся з повним текстом інструкції із застосування.

С. Р. МОЗ України № 735/09-300200000 від 10.06.2009.

Коротка інструкція із застосування Синфлорикс™

Вакцина для профілактики пневмококової інфекції (полісахаридний антиген) та нетипованої гемофільної інфекції, кон’югована, адсорбована.

Міжнародна непатентована назва

Pneumococcus purified polysaccharides antigen Haemophilus influenzae, conjugated.

Вакцина для профілактики пневмококової інфекції (полісахаридний антиген) та нетипованої гемофільної інфекції, кон’югована, адсорбована, яка містить полісахариди *Streptococcus pneumoniae* серотипів 1, 4, 5, 6В, 7F, 9V, 14, 18, 19F та 23F, кожний із яких кон’югований із протеїном-носієм D (PD), або правцевим анатоксином (TT), або дифтерійним анатоксином (DT). Вакцина є безконсервантною рідиною. Як ад’ювант використовують алюмінію фосфат.

Склад

Одна доза (0,5 мл) містить:

Діючі речовини: по 1 мкг пневмококового полісахариду серотипів 1^{1,2}, 5^{1,2}, 6В^{1,2}, 7F^{1,2}, 9V^{1,2}, 14^{1,2}, 23F^{1,2} та по 3 мкг пневмококового полісахариду серотипів 4^{1,2}, 18С^{1,3} та 19F^{1,4}.

¹адсорбований на алюмінію фосфаті 0,5 мг Al₃⁺.

²кон’югований з протеїном D (отриманим з нетипованого штаму *Haemophilus influenzae*) ~ 13 мкг.

³кон’югований з протеїном правцевого анатоксину ~ 8 мкг.

⁴кон’югований з протеїном дифтерійного анатоксину ~ 5 мкг.

Допоміжні речовини: натрію хлорид, алюмінію фосфат (Al³⁺), вода для ін’єкцій.

Форма випуску

Суспензія для ін’єкцій.

Показання до застосування

Активна імунізація немовлят і дітей віком від 6 тиж. до 5 років для профілактики пневмококової інфекції, спричиненої серотипами *Streptococcus pneumoniae* 1, 4, 5, 6B, 7F, 9V, 14, 18C, 19F та 23F (включаючи сепсис, менінгіт, пневмонію, бактеріємію та гострий середній отит), а також інфекції, спричиненої нетипованою *Haemophilus influenzae* (гострий середній отит).

Спосіб застосування і дози

Немовлята віком від 6 тиж. до 6 міс.

Первинна схема вакцинації, що включає три дози.

Рекомендована схема вакцинації, що забезпечує оптимальний захист, включає 4 дози по 0,5 мл кожна. Первинна схема для немовлят включає 3 дози, при цьому першу дозу зазвичай вводять у віці 2 міс. з інтервалом не менше ніж 1 міс. між дозами. Першу дозу можна вводити вже у віці 6 тиж. Четверту дозу рекомендують не раніше ніж через 6 міс. після третьої дози.

Первинна схема вакцинації, що включає дві дози.

Альтернативно, у разі введення вакцини Синфлорикс™ у рамках стандартної програми імунізації немовлят, може застосовуватися схема, що включає 3 дози по 0,5 мл кожна. Першу дозу можна вводити, починаючи з 2-місячного віку, другу дозу вводять через 2 міс. Наступна доза рекомендується не раніше ніж через 6 міс. після останньої дози первинної схеми вакцинації.

Діти, які народилися після 27-го тижня гестаційного періоду

Рекомендована схема вакцинації включає 4 дози по 0,5 мл кожна. Первинна схема для немовлят включає 3 дози, при цьому першу дозу зазвичай вводять у віці 2 міс. з інтервалом не менше ніж 1 міс. між дозами. Наступну дозу рекомендують не раніше ніж через 6 міс. після введення останньої дози первинної схеми вакцинації.

Раніше невакциновані немовлята віком понад 6 міс.:

- ✓ немовлята віком 7—11 міс.: схема вакцинації включає 2 дози по 0,5 мл з інтервалом не менше ніж 1 міс. між дозами. Третя доза рекомендується на другому році життя з інтервалом не менше ніж 2 міс.;
- ✓ діти віком 12—23 міс.: схема вакцинації включає 2 дози по 0,5 мл з інтервалом не менше ніж 2 міс. Необхідність бустерної дози після такої схеми імунізації не встановлено;
- ✓ діти віком 24 міс. — 5 років: схема вакцинації включає 2 дози по 0,5 мл з інтервалом не менше ніж 2 міс. між дозами.

Особам, які отримали першу дозу вакцини Синфлорикс™, рекомендовано завершити повний курс імунізації вакциною Синфлорикс™.

Вакцину вводять внутрішньом'язово в передньобічну ділянку стегна дітям віком до 3 років, у дельтоподібний м'яз дітям віком понад 3 роки. Щеплення дітей на території України здійснюється згідно з вимогами діючих наказів МОЗ України

Побічна дія

Найчастішими побічними реакціями, що спостерігалися після первинної вакцинації, були почервоніння в місці введення і дратівливість, які виникали в 38,3 % та 52,3 % випадків від загальної кількості введених доз відповідно. Більшість цих реакцій мала легкий або помірний ступінь прояву і короткотривалий характер.

Порушення з боку імунної системи

Рідко: алергічні реакції (такі, як алергічний дерматит, atopічний дерматит, екзема).

Порушення метаболізму і травлення

Дуже часто: втрата апетиту.

Психічні розлади

Дуже часто: дратівливість.

Нечасто: пронизливий крик.

Порушення з боку нервової системи

Дуже часто: сонливість.

Рідко: фебрильні та афебрильні судоми.

Порушення з боку органів дихання, грудної клітки і середостіння

Нечасто: апное.

Порушення з боку травного тракту

Нечасто: діарея, блювання.

Порушення з боку шкіри та підшкірної жирової клітковини

Рідко: висип, кропив'янка.

Загальні розлади та реакції в місці введення

Дуже часто: біль, почервоніння, набряк у місці введення, лихоманка ≥ 38 °С ректально (вік < 2 років).

Часто: затвердіння в місці введення, лихоманка > 39 °С ректально (вік < 2 років), лихоманка ≥ 38 °С ректально (вік від 2 до 5 років).

Нечасто: гематома, кровотеча в місці введення та утворення вузликів, лихоманка > 40 °С ректально (вік < 2 років) - відзначалося після введення бустерної дози при первинній вакцинації, лихоманка > 39 °С ректально (вік від 2 до 5 років).

Протипоказання

Підвищена чутливість до будь-якого компонента вакцини.

Особливості застосування

Перед вакцинацією необхідно переглянути медичну історію дитини (особливо стосовно попередньої вакцинації і можливих випадків побічної дії), безпосередньо перед щепленням провести медичний огляд.

Як і при застосуванні інших ін'єкційних вакцин, у разі рідкої ймовірності виникнення анафілактичної реакції необхідно забезпечити можливість надання швидкої медичної допомоги та подальшого спостереження.

Як і для інших вакцин, вакцинація Синфлорикс™ відстрочується в осіб із проявами гострого захворювання та загострення хронічного захворювання. Гостре респіраторне захворювання, яке має легкий перебіг, не є протипоказанням до проведення щеплення. Синфлорикс™ ні за яких обставин

не можна вводити внутрішньовенно або внутрішньошкірно. Дані щодо підшкірного введення Синфлорикс™ відсутні.

Як і при застосуванні інших ін'єкційних вакцин, Синфлорикс™ слід призначати з обережністю особам із тромбоцитопенією або порушеннями зсідання крові, оскільки при внутрішньом'язовому введенні в таких осіб можливі кровотечі.

Умови зберігання

Зберігати за температури від 2 до 8 °С (у холодильнику). Не заморожувати. Зберігати в оригінальній упаковці для захисту від світла.

Термін придатності — 3 роки.

Виробник: “GlaxoSmithKline Biologicals s.a.”, Rue de l'Institut 89, B-1330 Rixensart, Бельгія.

Представництво в Україні: ТОВ “ГлаксоСмітКляйн Фармасьютікалс Україна”, 03038, м. Київ, вул. Лінійна, 17; тел.5855185, факс 5855186.

Перед використанням ознайомтеся з повним текстом інструкції із застосування.

С. Р. МОЗ України №850/11-300200000 від 21.07.2011., SNFL/11/UA/15.10.2012/6707.

Інформацію для медичних працівників опубліковано за підтримки ТОВ “ГлаксоСмітКляйн Фармасьютікалс Україна”.

Повідомити про небажану реакцію або скарги на якість препарату Ви можете у ТОВ “ГлаксоСмітКляйн Фармасьютікалс Україна” за тел. (044) 5855185.

За додатковою інформацією звертайтеся у ТОВ “ГлаксоСмітКляйн Фармасьютікалс Україна”: 03038, м. Київ, вул. Лінійна, 17. Тел./факс: (044) 5855185(86); www.gsk.com.

IFRX/11/UA/24.10.2012/6733

Додаток 8. Порядок проведення реєстрації аварій при наданні медичної допомоги ВІЛ-інфікованим та роботі з ВІЛ-інфікованим матеріалом

(Витяг з Наказу МОЗ України №120 від 25.05.2000 р.)

Додаток 2

до пункту 4.1 Інструкції з профілактики внутрішньолікарняного та професійного зараження ВІЛ-інфекцією

Зареєстровано в Міністерстві юстиції України 14 листопада 2000 р. за №820/5040

Код форми за ЗКУД Код закладу за ЗКПО
--

Міністерство охорони здоров'я							МЕДИЧНА ДОКУМЕНТАЦІЯ
Найменування закладу							Форма № 108-0 1 / 0
							Затверджена наказом МОЗ України 25.05.2000 № 120
ЖУРНАЛ реєстрації аварій при наданні медичної допомоги ВІЛ-інфікованим та роботі з ВІЛ-інфікованим матеріалом							
Почато « ___ » _____ р.				Закінчено « ___ » _____ р.			
№ п/п	Дата та час аварії	Характер аварії	Робота, яка виконувалась під час аварії	Прізвище ім'я та по батькові потерпілого	Джерело можливого зараження	Особистий код чи прізвище, ім'я по батькові особи (за її згодою)	
1	2	3	4	5	6	7	

**Начальник Головного управління організації медичної допомоги дорослому населенню
Начальник Управління організації медичної допомоги дітям і матерям
Начальник Головного санітарно-епідеміологічного управління
В.о. начальника Центру медичної статистики**

В.А.Піщиков

Н.Г.Гойда

**С.П.Бережнов
М.В.Голубчиков**

Міністерство охорони здоров'я
України
Міністерство України у справах
сім'ї, молоді та спорту

Міністерство освіти і науки
України
Державний департамент України з
питань виконання покарань
Міністерство праці та
соціальної політики України

НАКАЗ

23.11.2007

№ 740/1030/4154/321/614а

м. Київ

*Про заходи щодо організації
профілактики передачі ВІЛ від
матері до дитини, медичної
допомоги і соціального супроводу
ВІЛ-інфікованих дітей та їх сімей*

Додаток 1

*до пункту 1.7 Інструкції про порядок
профілактики передачі ВІЛ від матері до
дитини*

Універсальні методи професійної профілактики інфекцій, що передаються через кров, у тому числі ВІЛ-інфекції

Універсальні методи профілактики – це комплекс заходів, які запобігають розповсюдженню інфекцій, що передаються через кров. Усі постачальники послуг у сфері охорони здоров'я повинні керуватися вказаними заходами для захисту пацієнтів, себе та інших медичних працівників від можливого інфікування. Більшість інфекцій, що передаються через кров, як правил, асимптоматичні, тому не завжди можливо визначити, хто з пацієнтів є інфікованим. У зв'язку з цим універсальні заходи профілактики повинні застосовуватися при роботі з усіма пацієнтами незалежно від віку, статусу або належності пацієнта до певної групи, наявності проявів захворювання або даних про ВІЛ-статус.

1. В умовах стрімкого розповсюдження ВІЛ-інфекції серед населення кожний пацієнт розглядається як потенційний носій інфекції, що передається через кров. Відповідно кожне робоче місце медичного працівника забезпечується засобами попередження передачі інфекцій, що передаються

через кров, у тому числі вірусу імунодефіциту людини, від можливого носія інфекції іншим пацієнтам, медичному та технічному персоналу.

2. Робочі місця закладів охорони здоров'я забезпечуються інструктивно-методичними документами, аптечками для проведення термінової профілактики при аварійних ситуаціях, необхідним набором медичного інструментарію для одноразового використання, дезінфекційними засобами для проведення знезараження.

3. Медичний інструментарій, а також посуд, білизна, апарати та інші речі, забруднені кров'ю, біологічними рідинами (далі - біологічні рідини), відразу після використання підлягають дезінфекції згідно з діючими вимогами нормативної документації.

4. Медичні спеціалісти зобов'язані бути обережними під час проведення маніпуляцій з ріжучим та колючим інструментом (голками, скальпелями, ножицями та інше).

5. Для уникнення поранень після використання шприців голки з них не знімають до дезінфекції. Перед занурюванням шприца з голкою в дезрозчин виймають тільки поршень. Використані шприци та голки поміщаються у спеціальні ємкості з матеріалу, який не проколюється.

6. З метою уникнення поранень забороняється використовувати для взяття крові та інших біологічних рідин скляні предмети з відбитими краями.

7. При здійсненні медичних маніпуляцій, які супроводжуються порушенням цілісності шкіри і слизових оболонок, при розтині трупів, проведенні лабораторних досліджень, обробці інструментарію і білизни, прибиранні та інше медичні спеціалісти та технічний персонал користуються засобами індивідуального захисту (хірургічними халатами, гумовими рукавичками, масками непромокальними фартухами, нарукавниками, окулярами, захисним екраном). Ці дії дають змогу уникнути контакту шкіри та слизових оболонок працівника з кров'ю, тканинами, біологічними рідинами пацієнтів.

Медичні спеціалісти зобов'язані вдягати *латексні* рукавички в разі:

- контакту з предметами або поверхнею тіла, які потенційно можуть бути забрудненими кров'ю або іншими біологічними рідинами пацієнта;
- проведення діагностичних або лікувальних процедур;
- прибирання приміщень, де перебувають пацієнти;
- контакту з використаним інструментарієм.

Кожен медичний працівник повинен ретельно вимити руки з милом під проточною водою протягом щонайменше 30 секунд:

- до та після огляду кожного пацієнта;
- після контакту з кров'ю та іншими біологічними рідинами;
- негайно після зняття використаних рукавичок.

8. Медичні спеціалісти з травмами, ранами на руках, ексудативними ураженнями шкіри рук, які неможливо закрити лейкопластиром або гумовими рукавичками, звільняються на період захворювання від безпосереднього медичного обслуговування хворих і контакту з предметами догляду за ними.

9. Усі маніпуляції з кров'ю і сироватками в лабораторіях виконуються за допомогою гумових груш, автоматичних піпеток, дозаторів.

10. Будь-які ємкості з кров'ю, іншими біологічними рідинами, біоматеріалами (тканинами, шматочками органів тощо) відразу на місці взяття щільно закриваються гумовими або пластмасовими корками.

11. У лікувальних закладах для забезпечення знезараження при випадковому витіканні рідини кров та інші біоматеріали транспортуються в штативах, покладених у контейнери (бікси або пенали), на дно яких укладається чотиришарова суха серветка.

12. Транспортування проб крові та інших біоматеріалів з лікувальних закладів до лабораторій, які розташовані за межами цих закладів, здійснюється тільки в контейнерах (біксах, пеналах), що унеможлиблює випадкове або навмисне відкриття кришок під час їх перевезення (замок, пломбування, заклеювання місць з'єднання лейкопластиром). Ці контейнери після розвантаження обробляють дезрозчинами. Оптимальною є доставка в сумках-холодильниках.

13. Не допускається транспортування проб крові та інших біоматеріалів у картонних коробках, дерев'яних ящиках, поліетиленових пакетах.

14. Не допускається вкладання бланків направлень або іншої документації в контейнер чи бікс.

15. Профілактика при пораненнях, контактах з кров'ю, біологічними рідинами та біоматеріалами ВІЛ-інфікованого пацієнта здійснюється відповідно до чинного клінічного протоколу.

Будь-яке ушкодження шкіри, слизових оболонок медперсоналу, забруднення їх біоматеріалом пацієнтів під час надання їм медичної допомоги кваліфікується як можливий контакт з матеріалом, який містить збудника інфекції, у тому числі ВІЛ.

Необхідно пам'ятати, що в разі пошкодження рукавичок (поріз, розрив, прокол) необхідно їх зняти, ретельно вимити руки та одягнути нові рукавички.

15.1. Якщо контакт з кров'ю, біологічними рідинами чи біоматеріалами супроводжувався порушенням цілісності шкіри (уколом, порізом), то потерпілий повинен:

- зняти рукавички робочою поверхнею усередину;
- ретельно вимити руки з милом під проточною водою;

- ушкоджене місце обробити одним із дезінфектантів (70%-ним розчином етилового спирту, 5%-ною настоянкою йоду при порізах, 3%-ним перекисом водню);

- на рану накласти пластр, надіти напальник;

- при потребі продовжувати роботу одягти нові гумові рукавички;

- терміново повідомити керівництво лікувально-профілактичного закладу про аварію для її реєстрації та проведення екстреної профілактики ВІЛ-інфекції.

15.2. У разі забруднення кров'ю, біологічними рідинами, біоматеріалами без ушкодження шкіри:

- ретельно вимити руки з милом під проточною водою;

- обробити місце забруднення одним із дезінфектантів (70%-ним розчином етилового спирту, 3%-ним розчином перекису водню, 3%-ним розчином хлораміну);

- промити водою з милом і вдруге обробити спиртом.

15.3. У разі потрапляння крові, біологічних рідин, біоматеріалу на слизові оболонки:

- ротової порожнини - прополоскати її 70%-ним розчином етилового спирту;

- порожнини носа - закапати ніс 30%-ним розчином альбуциду;

- очей - промити очі водою (чистими руками), закапати 30%-ним розчином альбуциду.

Для обробки носа й очей можна використовувати 0,05%-ний розчин перманганату калію.

15.4. Для зниження вірогідності професійного зараження ВІЛ-інфекцією:

- при підготовці до проведення маніпуляцій ВІЛ-інфікованому медичний персонал повинен переконатися в цілісності складу аптечки;

- здійснювати маніпуляції в присутності іншого спеціаліста, який може в разі розриву гумової рукавички чи порізу продовжити виконання медичної маніпуляції;

- не терти руками слизові оболонки.

15.5. У разі попадання крові, біологічних рідин, біоматеріалу на халат, одяг:

- одяг зняти і замочити в одному з дезрозчинів;

- шкіру рук та інших ділянок тіла при їх забрудненні через одяг протерти 70%-ним розчином етилового спирту, а потім промити водою з милом і повторно протерти спиртом;

- забруднене взуття двічі протерти ганчіркою, змоченою у розчині одного з дезінфекційних засобів.

Міністр охорони здоров'я України
Ю.О. Гайдаєв

Міністр освіти та науки України
С.М. Ніколаєнко

**Міністр України у справах сім'ї,
молоді та спорту**

_____ **В.П. Корж**

**Голова Державного департаменту
України з питань виконання
покарань**

_____ **В.В. Кощинець**

**Міністр праці та соціальної
політики**

_____ **М.М. Папієв**

Додаток 9. Порядок проведення добровільного консультування і тестування на ВІЛ-інфекцію

МІНІСТЕРСТВО ОХОРОНИ НАВКОЛИШНЬОГО СЕРЕДОВИЩА УКРАЇНИ
Про удосконалення добровільного консультування і тестування на ВІЛ-інфекцію

Наказ МОЗ України
19.08.2005 № 415

Зареєстровано Міністерством юстиції за N 1404/11684 від 22.11.2005 р.

ЗАТВЕРДЖЕНО
 Наказ МОЗ України
19.08.2005 № 415

Назва міністерства, іншого центрального органу виконавчої влади, підприємства, установи, організації, у сфері управління яких перебуває заклад охорони здоров'я _____	
Найменування та місцезнаходження закладу, відповідальні особи якого заповнюють форму _____	<p>МЕДИЧНА ДОКУМЕНТАЦІЯ Форма первинної облікової документації № 503-1/о ЗАТВЕРДЖЕНО Наказ МОЗ України 19.08.2005 № 415 Конфіденційна після заповнення</p>
Ідентифікаційний код за ЄДРПОУ _____	

ІНФОРМОВАНА ЗГОДА НА ПРОХОДЖЕННЯ ТЕСТУ НА ВІЛ

Я, _____, _____ років,
(ПІБ)

Я, _____, _____ років,
(ПІБ)

добровільно звернувся/лася/лись до

_____ (назва державного або комунального закладу охорони здоров'я)

щоб отримати *(потрібно відмітити у квадраті галочкою)*:

- Індивідуальне консультування та тестування на ВІЛ-інфекцію
- Консультування та тестування на ВІЛ-інфекцію сумісно з партнером
- Консультування батьків для тестування дитини на ВІЛ-інфекцію
- Проходження тесту на ВІЛ без консультування

Я / ми підтверджую/ємо, що одержав/ла/ли інформацію щодо *(потрібно підкреслити, "так" чи "ні" окреслити колом)*:

- процедури тестування на ВІЛ-інфекцію Так Ні
- умов одержання офіційного висновку (довідки) про результат тесту Так Ні
- заходів профілактики зараження і шляхи передачі ВІЛ Так Ні
- можливості отримання медичної, психологічної, консультативної та соціальної допомоги Так Ні

Я / ми підтверджую/ємо, що *(потрібно підкреслити, "так" чи "ні" окреслити колом)*:

- розумію/ємо можливі наслідки негативного або позитивного результату тесту Так Ні

- поінформований/на/ні про своє право відмовитися від тестування Так Ні
 - поінформований/на/ні про те, що позитивний результат мого/нашої дитини тесту буде переданий в територіальний центр з профілактики та боротьби зі СНІДом з метою активного залучення мене / нас/ дитини для подальшого обстеження та лікування, в тому числі для проведення при необхідності антиретровірусної терапії Так Ні
 - повністю задоволений/на/ні якістю отриманої інформації Так Ні
- Я / ми підтверджую/ємо** *(потрібне підкреслити, "так" чи "ні" окреслити колом):*
- свою добровільну згоду на тестування на ВІЛ мене/нас/дитини та дозволяю/ємо закладу взяти зразок /зразки моєї /нашої крові / крові дитини (іншої біологічної рідини) для дослідження на ВІЛ Так Ні
- Підпис пацієнта/батьків/іншого законного представника цієї особи

Підпис пацієнта/батьків/іншого законного представника цієї особи

ПІБ та підпис лікаря державного або комунального закладу охорони здоров'я

Дата заповнення

Начальник центру медичної статистики МОЗ України

М.В.Голубчиков

ЗАТВЕРДЖЕНО
Наказ МОЗ України
19.08.2005 № 415

Зареєстровано в Міністерстві
юстиції в Україні
22 листопада 2005 р.
за №1404/11684

Інструкція

щодо заповнення форми первинної облікової документації № 503-1/о
“Інформована згода на проходження тесту на ВІЛ”

1. Інструкція визначає порядок заповнення форми первинної облікової документації № 503-1/о “Інформована згода на проходження тесту на ВІЛ” (далі –форма № 503-1/о).
2. У верхньому лівому куті форми № 503-1/о вказуються найменування міністерства, іншого центрального органу виконавчої влади, підприємства, установи, організації, у сфері управління яких перебуває заклад, його найменування та місцезнаходження (повна поштова адреса), медичні працівники якого здійснюють консультування, та ідентифікаційний код відповідно до Єдиного державного реєстру підприємств та організацій України (ЄДРПОУ).
3. Форма № 503-1/о заповнюється особою/особами, яка/які дає/дають згоду на проходження тесту на ВІЛ. Це здійснюється в присутності лікаря державного або комунального закладу охорони здоров'я, який безпосередньо видає йому/їм направлення в маніпуляційний кабінет для взяття крові з метою проведення тесту на ВІЛ. В інших установах, організаціях та закладах форма № 503-1/о не заповнюється.
4. При зверненні подружжя або пари форма № 503-1/о заповнюється у двох примірниках та підписується особисто кожною особою, яка дає згоду на обстеження.
5. При анонімному зверненні за тестуванням форма № 503-1/о не заповнюється.
6. Зберігається форма № 503-1/о в медичній карті амбулаторного чи стаціонарного хворого (ф.№ 025/о, ф.№ 003/о, ф.№ 096/о).

Начальник Центру медичної
статистики МОЗ України

М.В. Голубчиков

ЗАТВЕРДЖЕНО
Наказ МОЗ України
19.08.2005 № 415

Назва міністерства, іншого центрального органу виконавчої влади, підприємства, установи, організації, у сфері управління яких перебуває заклад охорони здоров'я _____	МЕДИЧНА ДОКУМЕНТАЦІЯ Форма первинної облікової документації № 503-2/о ЗАТВЕРДЖЕНО Наказ МОЗ України 19.08.2005 № 415 Конфіденційна після заповнення
Найменування та місцезнаходження закладу, відповідальні особи якого заповнюють довідку _____ _____	
Ідентифікаційний код за ЄДРПОУ _____	

Довідка
про результат тесту на ВІЛ

Видана _____
(ПІБ особи, яка була обстежена, рік її народження)

Місце проживання _____

в тому, що при дослідженні зразків його/її крові (інших біологічних рідин)

(підкреслити або вписати)

у спеціальній лабораторії діагностики ВІЛ-інфекції _____

(назва державного або комунального закладу охорони здоров'я)

методом _____
(вказати яким, а саме: ІФА, імуноблот, полімеразна ланцюгова реакція тощо)

виявлені/не виявлені антитіла/антигени до ВІЛ _____

(потрібне вписати)

Номер лабораторного аналізу _____

Дата проведення дослідження _____

ПІБ та підпис лікаря державного або комунального закладу охорони здоров'я, який видав довідку _____

ПІБ та підпис керівника закладу _____

М.П.

Дата видачі довідки _____

Начальник Центру
медичної статистики МОЗ України

М.В.Голубчиков

ЗАТВЕРДЖЕНО

Наказ МОЗ України

19.08.2005 № 415

Зареєстровано в Міністерстві

юстиції в Україні

22 листопада 2005р.

за №1404/11684

Інструкція

щодо заповнення форми первинної облікової документації № 503-2/о
“Довідка про результат тесту на ВІЛ”

1. Інструкція визначає порядок заповнення форми первинної облікової документації № 503-2/о “Довідка про результат тесту на ВІЛ” (далі – форма № 503-2/о).
2. У верхньому лівому куті форми № 503-2/о вказуються найменування міністерства, іншого центрального органу виконавчої влади, підприємства, установи, організації, у сфері управління якої перебуває заклад охорони здоров'я, найменування та місцезнаходження закладу, медичні працівники якого заповнюють форму № 503-2/о, та ідентифікаційний код відповідно до Єдиного державного реєстру підприємств та організацій України (ЄДРПОУ).
3. Форма № 503-2/о видається особі/особам, яка/які пройшли тест на ВІЛ, за її/їх вимогою. При анонімному обстеженні ця форма не видається.
4. Заповнюється форма № 503-2/о лікарем державного або комунального закладу охорони здоров'я, який безпосередньо видав пацієнту/там направлення в маніпуляційний кабінет для взяття крові з метою проведення тесту на ВІЛ та/або отримав результат/результати цього дослідження.
5. При отриманні результатів тесту подружжям або парою форма № 503-2/о видається особисто кожній з цих осіб.
6. Форма № 503-2/о підписується лікарем та керівником закладу та завіряється печаткою закладу.

Начальник
Центру медичної статистики МОЗ України

М.В.Голубчиков

**Додаток 10. Витяг з наказу Міністерства охорони здоров'я
України № 388 від 11.05.2010 р. «Про удосконалення діагностики
ВІЛ-інфекції»**

ЗАТВЕРДЖЕНО

Наказ МОЗ України

11.05.2010 № 388

Зареєстровано в Міністерстві

юстиції в Україні

9 липня 2010 р.

за №499/17794

ПЕРЕЛІК

**захворювань, симптомів та синдромів,
при яких пацієнту пропонуються послуги
з добровільного консультування і тестування
при зверненні по медичну допомогу в закладах
охорони здоров'я незалежно від підпорядкованості
та рівнів надання медичної допомоги**

1. В анамнезі епізоди або постійна ризикована щодо інфікування ВІЛ поведінка (незахищені сексуальні контакти, перенесені ПСШ, вживання наркотичних речовин, переливання крові або її компонентів).
2. Вірусний гепатит В та/або С.
3. Немотивована втрата ваги тіла (10% і більше від попередньої).
4. Немотивована персистуюча лихоманка тривалістю понад 1 місяць.
5. Немотивована хронічна діарея тривалістю понад 1 місяць.
6. Кандидоз ротової порожнини (молочниця) (2 або більше епізодів протягом 6 місяців).
7. Біль за грудиною або утруднення при ковтанні їжі та рідини разом з кандидозом ротової порожнини (езофагіт).

8. Хронічна або персистуюча інфекція, викликана вірусом простого герпесу (тривалістю понад 1 місяць).

9. Рецидивуючі бактеріальні інфекції верхніх дихальних шляхів (два та більше епізодів протягом останніх шести місяців).

10. Важкі бактеріальні інфекції (пневмонія, менінгіт, емпієма, гнійний міозит, артрит або остеомієліт, бактеріємія, важкі запальні захворювання малого таза та ін.).

11. Рецидивуючі бактеріальні пневмонії (два або більше епізодів протягом одного року).

12. Оперізуючий герпес (лишай).

13. Безболісне збільшення (понад 1 см) лімфатичних вузлів більше ніж однієї зони (за винятком пахової) тривалістю понад 1 місяць.

14. Анемія нез'ясованого генезу (менше 80 г/л), нейтропенія (нижче $0,5 \times 10^9/\text{л}$) або хронічна (тривалістю понад 1 місяць) тромбоцитопенія (до $50 \times 10^9/\text{л}$).

15. Волосиста лейкоплакія язика.

16. Ангулярний хейліт.

17. Рецидивуючий афтозний стоматит (два та більше епізодів протягом останніх 6 місяців).

18. Гострий некротизуючий виразковий стоматит, гінгівіт або некротизуючий виразковий періодонтит.

19. Папульозний сверблячий дерматит.

20. Себорейний дерматит волосяної частини голови та обличчя, а також верхньої частини грудної клітки, під пахвами, в паху.

21. Грибкові ураження нігтів.

22. Хоріоретиніт.

23. Енцефаліт або менінгоенцефаліт (вогнищеве ураження головного мозку).

24. Нефропатія, кардіоміопатія, енцефалопатія нез'ясованої етіології.

25. Злоякісні новоутворення (анальний рак, рак шийки матки та ін.).

Голова Комітету з питань
протидії ВІЛ-інфекції/СНІДу
та іншим соціально небезпечним
хворобам

С.О.Черенько

**Шостакович-Корецька Людмила Романівна,
Андрєєва Ірина Анатоліївна,
Шевченко Ольга Петрівна**

Кабінет інфекційних захворювань: структура, функції та організація роботи

Навчальний посібник

У навчальному посібнику висвітлено організаційні питання надання кваліфікованої медичної допомоги інфекційним хворим. Детально розглянуто лікувально-діагностичну та профілактичну роботу, принципи диспансерного спостереження за реконвалісцентами інфекційних хвороб і пацієнтами з хронічною патологією, їх подальше обстеження та лікування в амбулаторних умовах для забезпечення належної якості життя. Значну увагу зосереджено на питаннях проведення первинних протиепідемічних заходів в осередку інфекційної хвороби. Надані основні функції та завдання лікарів кабінетів інфекційних захворювань (КІЗ), їх структура, штати та обладнання. Видання доповнене додатками з необхідними лікарю формами медичної документації, яка використовується під час медичного обслуговування населення, а також докладними інструкціями щодо їх заповнення.

Для студентів вищих медичних навчальних закладів III-IV рівня акредитації, лікарів-інтернів, доповнює матеріали підручників з даної тематики до занять з інфекційних хвороб та епідеміології згідно вимог навчальних програм, а також може застосовуватись для безперервної освіти інфекціоністів, епідеміологів, лікарів загальної практики - сімейної медицини та лікарів інших спеціальностей.

Підписано до друку 14.10.13 р. формат 60X 90/16
Умовних друкар., арк., 11.Обл. - вид.,арк., 11. Друк ризографія.
Тираж 300 пр. Замовлення № 135

Видавець ТОВ «ВІДАР ТД»
м. Дніпропетровськ, вул. Артема, 11

Надруковано ВТК «Друкар» ДЗ «ДМА МОЗУ»
м. Дніпропетровськ, пл. Жовтнева, 4