

**«Защити себя и своих близких – сделай прививку!»**



**Благовещенский р-он. Удельно – Дуванейский ФАП  
Заведующая - Мурашко О.А.**

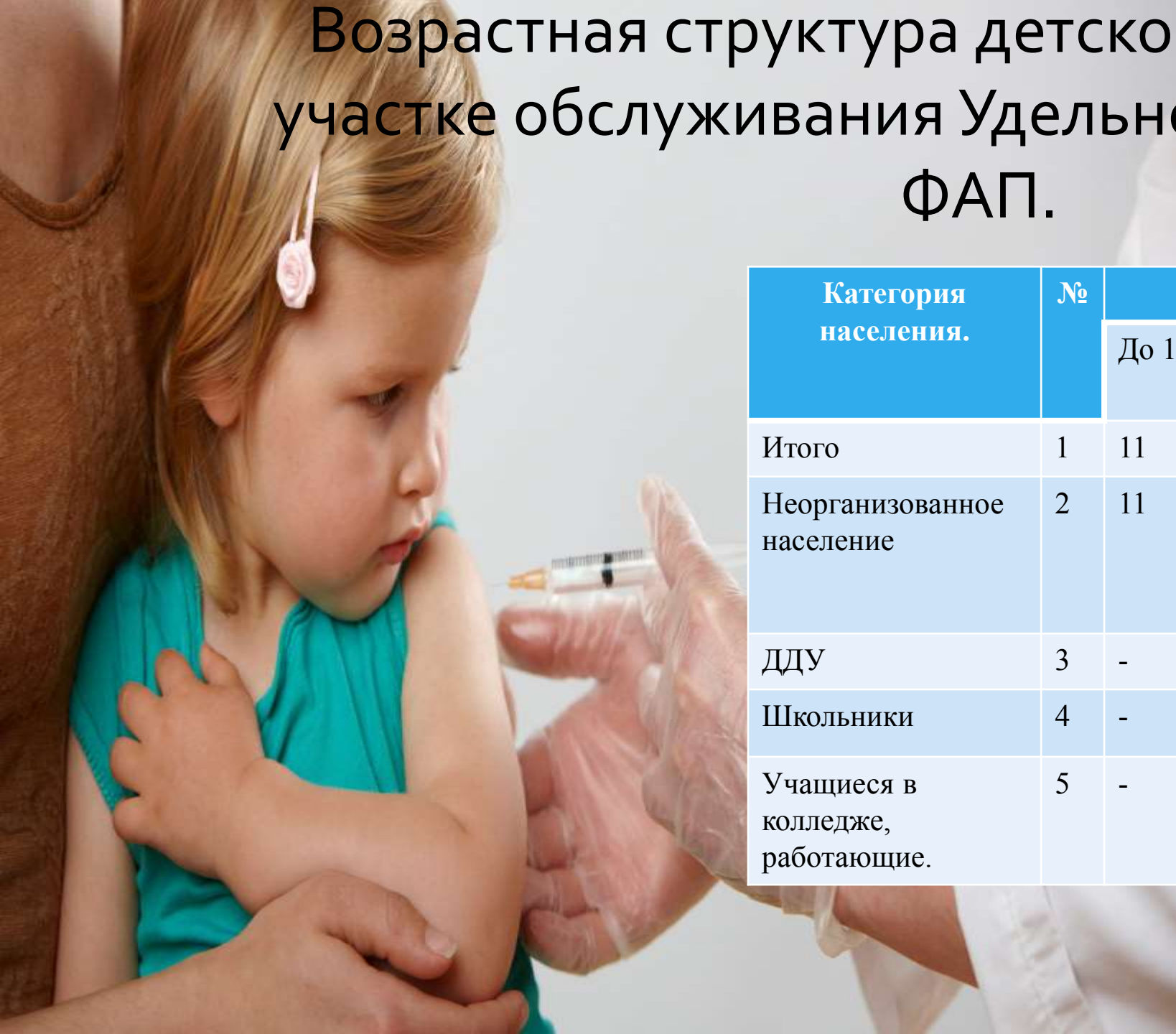
# Удельно-Дуванейский ФАП

- **Населенные пункты Обслуживания ФАП**
- **С. Удельно – Дуваней**
- **Д. Ильинский**
- **Д. Яблочный**
  
- **Обслуживаемое население – 740 чел, из них 224 чел детское население.**



# Возрастная структура детского населения на участке обслуживания Удельно – Дуванейского ФАП.

Категория населения.	№	Количество детей.			
		До 1 года.	2-6 лет.	7-14 лет.	15-17лет.
Итого	1	11	35	163	15
Неорганизованное население	2	11	7	-	-
ДДУ	3	-	28	-	-
Школьники	4	-	-	163	3
Учащиеся в колледже, работающие.	5	-	-	-	12



# Перечень нормативных документов по иммунопрофилактике используемых на ФАП.

- Приказ Минздрава РФ от 17 сентября 1993 г. N 220 "О мерах по развитию и совершенствованию инфекционной службы в Российской Федерации"
- [Приказ Министерства здравоохранения РФ от 21 марта 2014 г. N 125н "Об утверждении национального календаря профилактических прививок и календаря профилактических прививок по эпидемическим показаниям"](#)
- Приказ Министерства здравоохранения РФ от 26.01.2009 N 19н "О рекомендуемом образце добровольного информированного согласия на проведение профилактических прививок детям или отказа от них"
- Федеральный закон от 17 сентября 1998 г. N 157-ФЗ "Об иммунопрофилактике инфекционных болезней"
- "Федеральный закон от 30.03.1999 N 52-ФЗ (ред. от 13.07.2015) «О санитарно-эпидемиологическом благополучии населения»"
- СП 3.3.2.1120-02 "Санитарно-эпидемиологические требования к условиям транспортировки, хранению и отпуску гражданам медицинских иммунобиологических препаратов, используемых для иммунопрофилактики, аптечными учреждениями и учреждениями здравоохранения"
- [Методические указания МУ 3.3.2.1121-02 "Организация контроля за соблюдением правил хранения и транспортирования медицинских иммунобиологических препаратов"](#)
- МУ 3.3.1.1095-02 "Медицинские противопоказания к проведению профилактических прививок препаратами национального календаря прививок"
- Методические указания МУ 3.3.2.1172-02 "Порядок обеспечения государственных муниципальных организаций здравоохранения медицинскими иммунобиологическими препаратами в рамках национального календаря профилактических прививок и календаря профилактических прививок по эпидемическим показаниям"
- Санитарно-эпидемиологические правила СП 3.3.2342-08 "Обеспечение безопасности иммунизации"
- Санитарно-эпидемиологические правила СП 3.3.2367-08 "Организация иммунопрофилактики инфекционных болезней"

# Функциональные обязанности фельдшера при работе в прививочном кабинете.

Профилактические прививки проводит фельдшер, обученная технике проведения прививок, приёмам неотложной помощи в случае развития пост прививочных реакций, а также правилам соблюдения «холодовой цепи» и безопасности вакцинации.

Перед проведением прививки фельдшер:

- проверяет наличие заключения врача о допуске к прививки;
- Сверяет наименование препарата на ампуле с назначением врача, контролирует маркировку, срок годности МИБП, целостность ампулы;
- Визуально оценивает качество препарата (путем встряхивания сорбированных вакцин и после растворения лиофилизированных вакцин);
- Проводит иммунизацию с обеспечением правил асептики и антисептики шприцами и иглами однократного применения, используя соответствующую дозу, соблюдая метод и место введения, предусмотренные инструкциями МИБП изготовителя.

- **После проведения прививки :**
- **Убираем в холодильник ампулу и флакон при много дозовой расфасовки препарата**
- **Обеззараживаем использованные шприцы, ватные тампоны, ампулы или флаконы;**
- **Обеспечиваем доставку использованных шприцов, ампул, флаконов, расходных материалов к месту сбора для дальнейшего их обеззараживания (утилизации)**
- **Делаем запись о проведенной прививке в установленных документах с указанием даты иммунизации, названия препарата, дозы серии, метода введения и реакции на прививку**
- **Информируем пациентов или родителей(опекунов) о сделанной прививке, предупреждает о возможности поствакцинальных реакций и необходимости пребывания около прививочного кабинета в течение 30 минут;**
- **Оказываем первичную медицинскую помощь в случае развития немедленных реакций на прививку и вызывает врача.**
- **Соблюдаем режим хранения МИБП, ведем учет движения каждого МИБП, используемого в прививочном кабинете (поступление, расход, остаток, списание) и числа выполненных мною прививок (ежемесячный, ежеквартальный, ежегодный отчет)**

# На Фельдшерско-акушерском пункте для проведения имуннопрофилактики имеются:

**Кабинет приема фельдшера, где проводится медицинский осмотр перед проведением профилактической прививки.**

**Собирается анамнез у пациента с целью выявления предшествующих заболеваний, осложнений на предыдущее введение препарата, аллергические реакции на лекарственные препараты, имелись ли контакты с инфекционными больными, а также сроки предшествующих прививок. Результаты осмотра пациента, термометрию, прививочный анамнез записывается в ф№112 перед прививкой**



# Прививочный кабинет совмещён с процедурным кабинетом, в котором согласно графика проводится вакцинация



Согласован  
Председатель профкома ГБОУ  
В.Т. Шариков  
2019г.

Утверждено  
Генеральный врач ГБУЗ РБ БИРБ  
М.А. Шеломов  
2019г.

### График работы процедурного кабинета

9 <sup>00</sup> – 9 <sup>30</sup>	– текущая уборка, кварцевание, простраивание
9 <sup>30</sup> – 10 <sup>00</sup>	– прививки
10 <sup>00</sup> – 10 <sup>30</sup>	– текущая уборка, кварцевание, простраивание
10 <sup>30</sup> – 12 <sup>30</sup>	– процедуры
12 <sup>30</sup> – 13 <sup>00</sup>	– текущая уборка, кварцевание, простраивание

Понедельник - БЦЖ, реакция Манту

Вторник -

Среда -

Четверг -

Пятница -

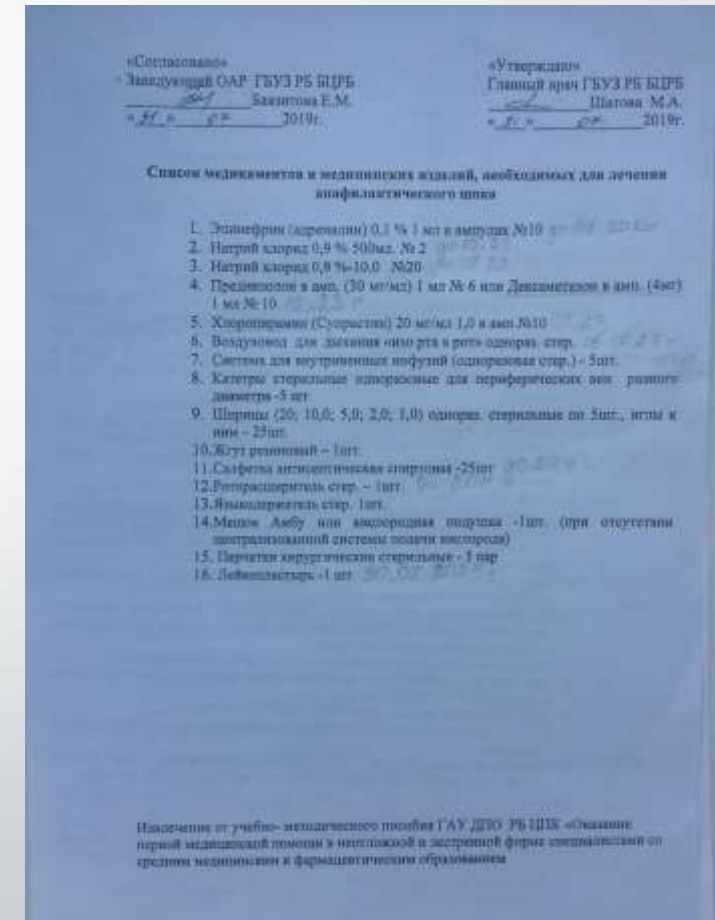
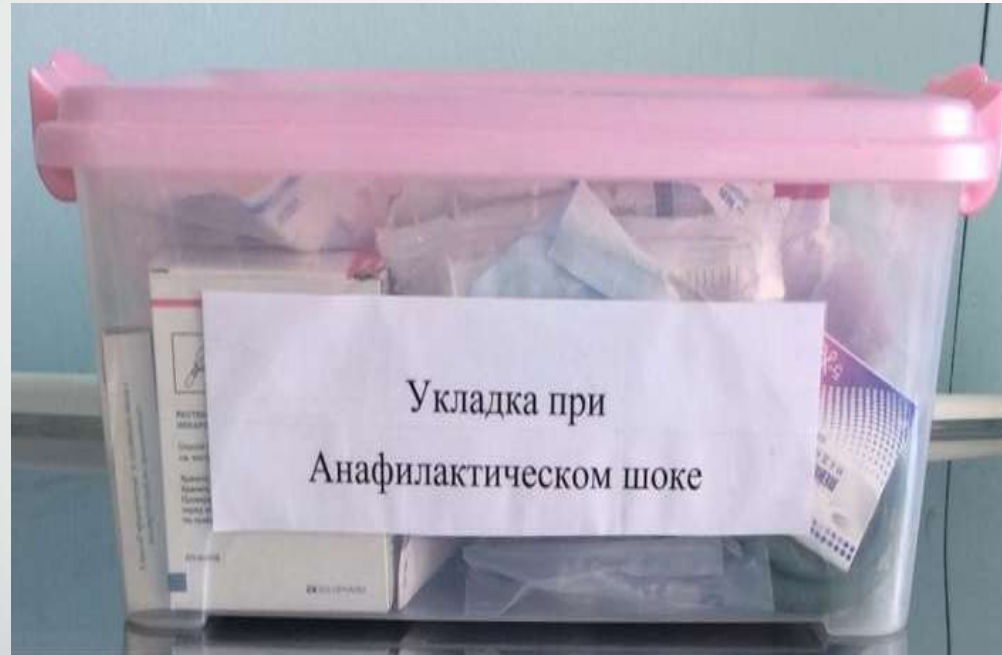
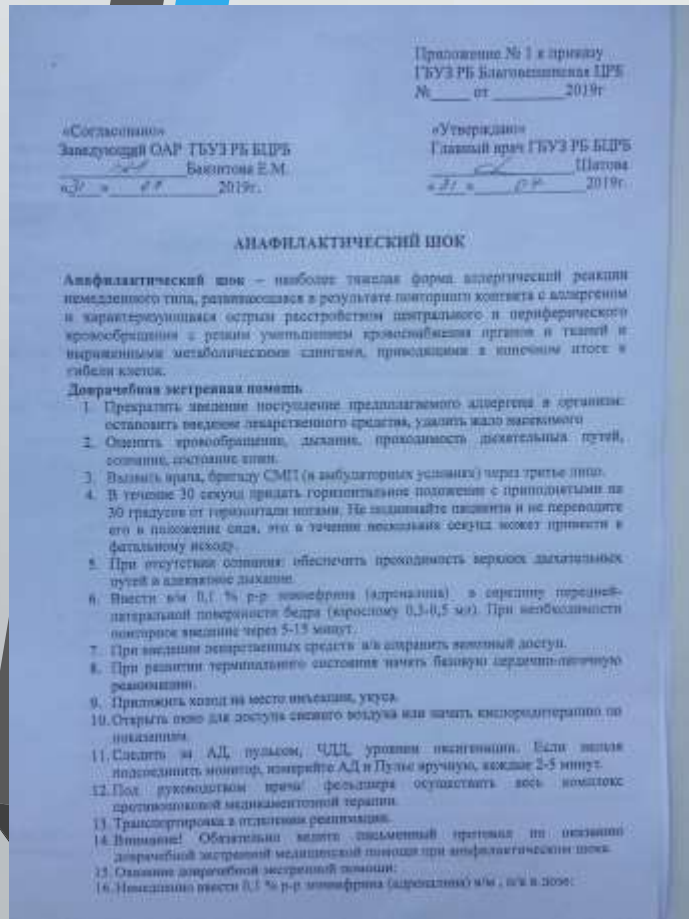
АКДС, полиомеялит, гемомакс-полио,  
корь + паротит, краснуха, гепатит

Генеральная уборка – суббота с 9<sup>00</sup> до 13<sup>00</sup>

Эпидемиолог Д.Р. Гизметова



# В случае развития поствакцинальных осложнений имеется укладка при анафилактическом шоке



# Хранение вакцин не более 1 месяца.

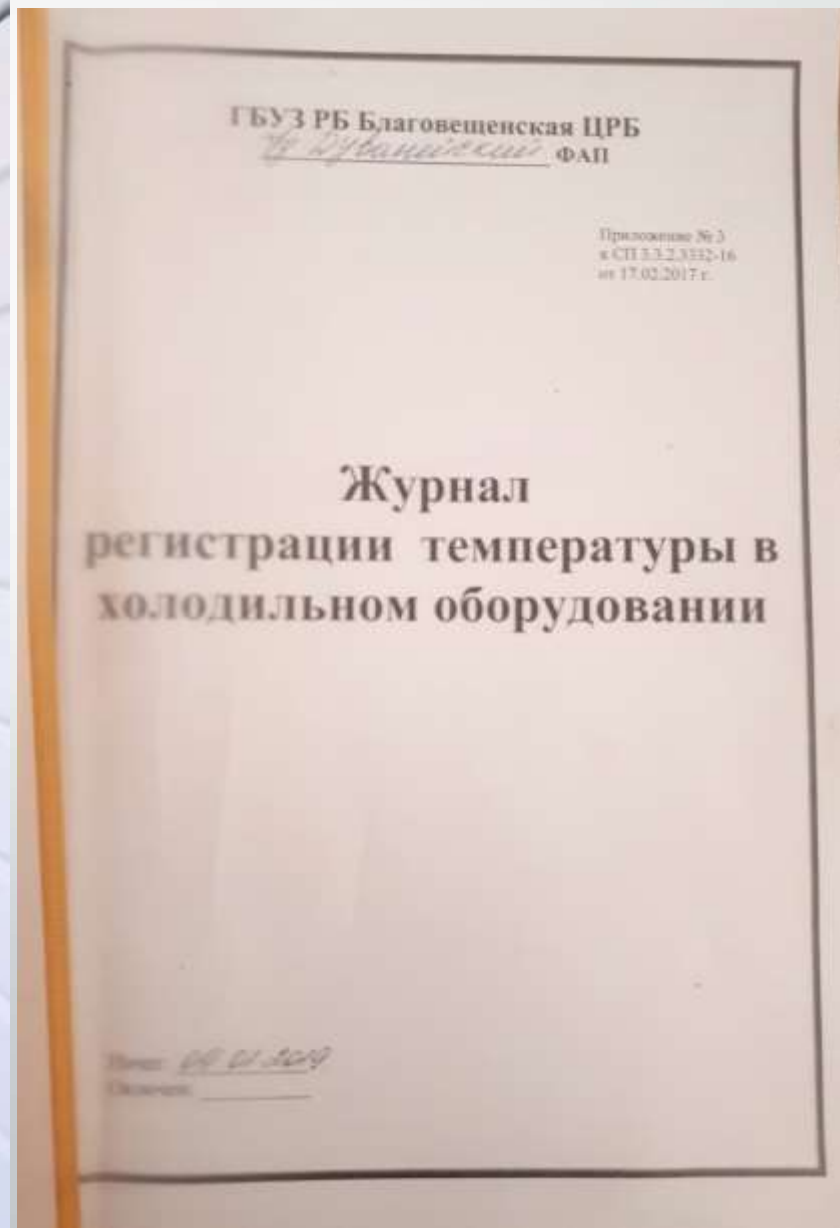
СП 3.3.1248-03 «Условия транспортирования и хранения МИБП»

## Хранение вакцин в холодильнике

Рисунок. Классификация для хранения вакцин и иммунизации оборудования для хранения и транспортировки



44



# Учётно – отчётная документация.

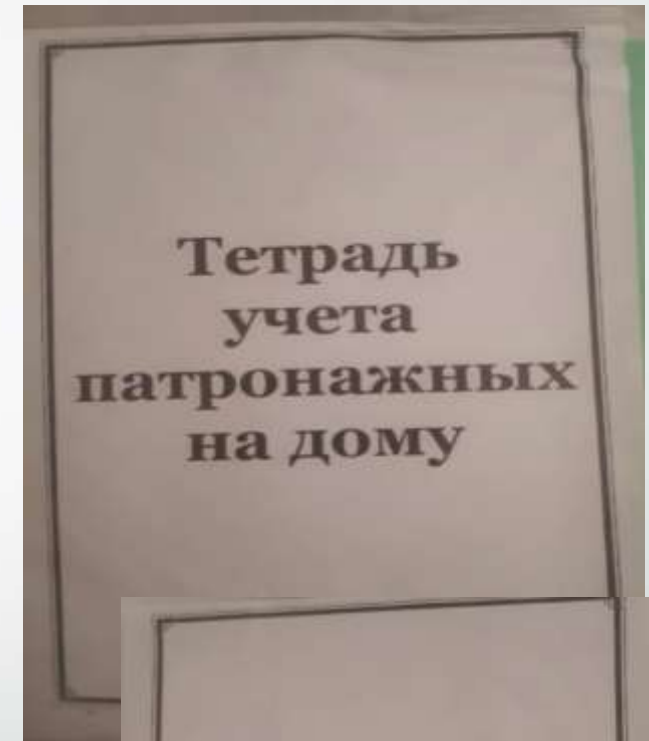
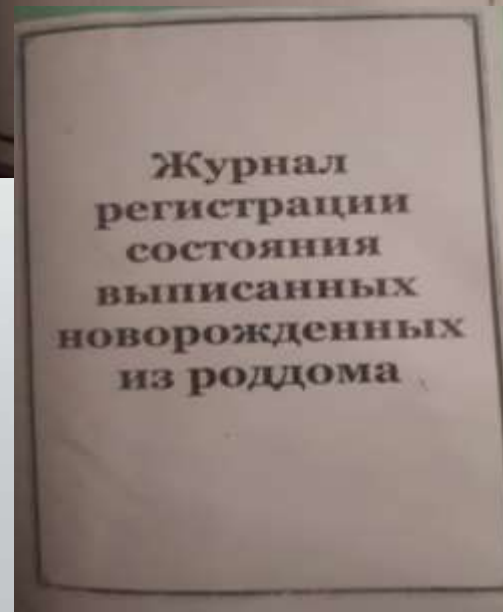
«Согласовано»  
Врач фтизиатр  
Д.Р. Гимаева

«Утверждено»  
Главный врач ГБУЗ РБ БЦРБ  
М.А. Шарова

План профилактических прививок на 2019 год  
по Удельно-Дуваневский ФАП

№	Наименование прививки	План	№	Наименование прививки	План
1	V против коклюша	13	26	V против паротита	12
2	BV против коклюша	10	27	BV против паротита	13
3	V против дифтерии	13	28	V против краснухи	12
4	KV 1 против дифтерии	10	29	BV против краснухи	13
5	BV 2 против дифтерии	13	30	Реакция Манту	224
6	BV 3 против дифтерии	13	31	БЦЖ новорожденным	-
7	BV 4 против дифтерии, взрослые	3	32	БЦЖ в 7 лет	3
8	BV против дифтерии, всего:	39	33	V клещевой энцефалит	-
9	V против столбняка	13	34	BV клещевой энцефалит	-
10	BV1 против столбняка	10	35	V сибирской язвы	-
11	BV2 против столбняка	13	36	BV сибирской язвы	-
12	BV3 против столбняка	13	37	Грипп всегo	325
13	BV4 против столбняка, взрослые	3	38	Грипп дети	150
14	BV против столбняка, всего:	39	39	ДДУ	15
15	V против полиомелита	13	40	и/о	35
16	BV1 против полиомелита	10	41	Уч-ся 1-9 кл	100
17	BV2 против полиомелита	10	42	Грипп взрослые	175
18	BV3 против полиомелита	13	43	Мед работники	2
19	BV против полиомелита, всего:	33	44	Работники образовательных учреждений	15
20	V против гепатита В дети	13	45	Соц. раб.	2
21	V против гепатита В взрослые	-	46	Гр. риска	43
22	V против гепатита В всего	13	47	Старше 60 лет	44
23	V против кори	12	48	прочие	70
24	BV против кори	13	49	V презепар	13
25	BV против кори взрослые	2	50	BV презепар	11

Заведующий ФАП Мурашко О.А. ( Мурашко О.А. )  
подпись фамилия, инициалы



**Журнал  
учета  
детского  
населения**

**Журнал учета  
диспансерных  
больных детского  
населения.**

**Журнал  
учета  
профилактических  
прививок  
(форма № 64/у)**

**Журнал отчета о  
профилактических  
прививках форма  
№ 5.**

Начат: \_\_\_\_\_

Окончен: \_\_\_\_\_

**Журнал учета  
выданных  
сертификатов  
профилактических  
прививок.**

**Журнал  
регистрации детей  
отказывающихся  
от  
профилактических  
прививок.**

**Журнал учета  
длительных  
медотводов от  
профилактических  
прививок**

**Журнал  
регистрации  
экстренных  
извещений об  
инфекционном  
заболевании,  
остром  
профессиональном  
отравлении,  
необычной  
реакции на  
прививку**



Формы № 1  
и № 156у-93  
и № 112у

**СОДЕРЖАНИЕ**

12 (Акт о приеме)	_____	страницы
АЭС-М	_____	26-27, страницы
Акт о приеме	_____	страницы
Генштаб В. (форма)	_____	3-8, страницы
Карта (форма)	_____	страницы
Карта (форма)	_____	страницы
Курсовая (форма)	_____	34-35, страницы
Документ	_____	44-45, страницы
Книжки (форма)	_____	страницы
Генштаб	_____	страницы
АЭС	_____	45, страницы
Паспорт (форма)	_____	38-41, страницы
АЭС	_____	34-35, страницы
АЭС - Генштаб В.	_____	23-24, страницы
Паспорт	_____	23-24, страницы
Документ	_____	36-37, страницы
Туберкулез	_____	40-41, страницы
Паспорт	_____	36-37, страницы



Индивидуальный учет		Индивидуальный учет	
№	Ф.И.О.	№	Ф.И.О.
1	Иванов И.И.	1	Иванов И.И.
2	Петров П.П.	2	Петров П.П.
3	Сидоров С.С.	3	Сидоров С.С.
4	Кузнецов К.К.	4	Кузнецов К.К.
5	Лебедев Л.Л.	5	Лебедев Л.Л.
6	Зайцев З.З.	6	Зайцев З.З.
7	Попов П.П.	7	Попов П.П.
8	Смирнов С.С.	8	Смирнов С.С.
9	Морозов М.М.	9	Морозов М.М.
10	Иванов И.И.	10	Иванов И.И.

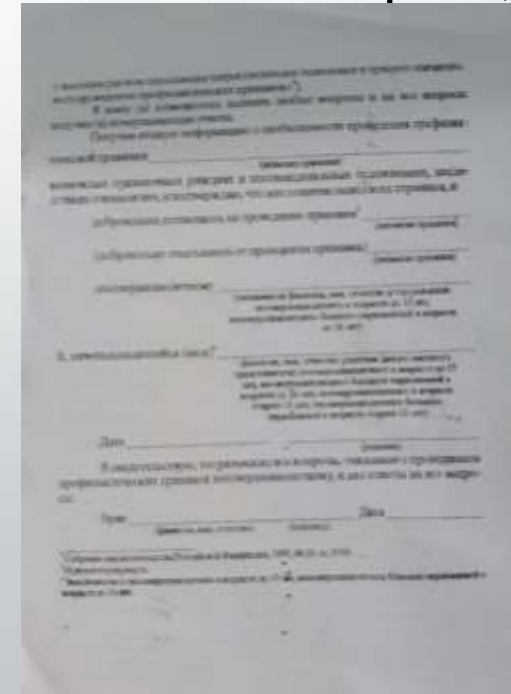
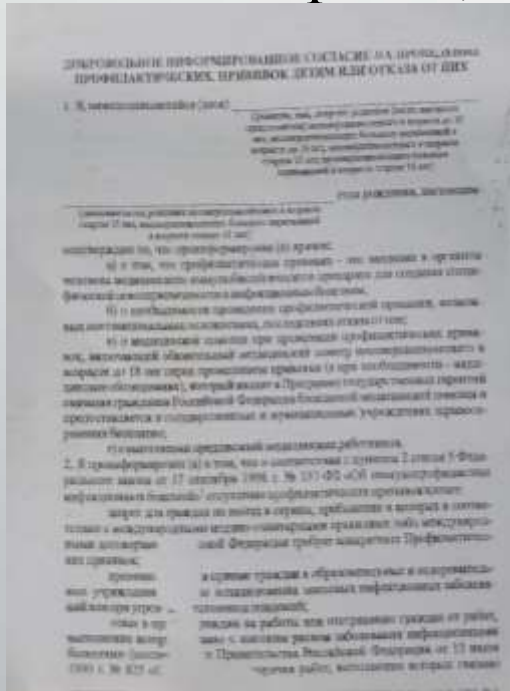
- Запись о прививке в учетных формах**
- Ф. 112у
  - Ф. 026у
  - Ф. 025у
  - Ф. 156у-93
  - журналы
  - Название на русском языке
  - Дата иммунизации
  - Место введения
  - Доза
  - Серия
  - Конт. №
  - Срок годности



# Оповещение родителей перед прививкой

Перед проведением профилактической прививки пациенту или его родителям (опекунам) разъясняется необходимость иммунизации, поствакцинальные реакции и осложнения, а так же последствия отказа от иммунизации. О проведении профилактических прививок в детских дошкольных образовательных учреждениях и школах родителей(опекуны) детей подлежащих иммунизации , должны быть оповещены заранее, должно быть получено их согласие на проведение

прививок.



# Правильная техника прививки.

При проведении прививок медицинский работник должен находиться между пациентом и столом с острыми инструментами.

Взрослый сопровождающий ребенка, должен усадить(уложить) последнего безопасным образом, удерживая так, что бы исключить неожиданные движения ребенка.

Медицинский работник, осуществляющий иммунизацию, не должен удерживать ребенка.

## Место введения вакцины.

- Вакцину вводят в положении пациента лежа или сидя во избежание падения при обморочном состоянии.
- Для введения вакцины используется только тот метод, который указан в инструкции по ее применению.
- Внутримышечные инъекции детям первых лет жизни проводят только в верхненаружную поверхность средней части бедра





## Патронаж после прививки.

При проведении профилактических прививок первого года жизни должно быть обеспечено активное медицинское наблюдение (патронаж) в следующие сроки:

- На следующий день после иммунизации против гепатита В, дифтерии, коклюша, столбняка;
- На 2-й и 7-й дни после иммунизации против полиомиелита;
- Через 1,3,6,9 и 12 мес. после иммунизации против туберкулеза.
- На 21 день после иммунизации против кори.
- На 10 день после иммунизации против дифтерии.

Результаты патронажа регистрируют в соответствующих учетных документах.

**ЛИСТ НАБЛЮДЕНИЯ ЗА РЕБЕНКОМ ПОСЛЕ ПРИВИВКИ**

Вид прививки \_\_\_\_\_

дата					
Сроки проведения	Через 30 минут	1 день	2 дня	7 дней	10 дней
жалобы					
Температура					
Общее состояние					
Местная реакция					

# Документация по туберкулинодиагностике

**Журнал  
учета  
проведения  
R Манту**

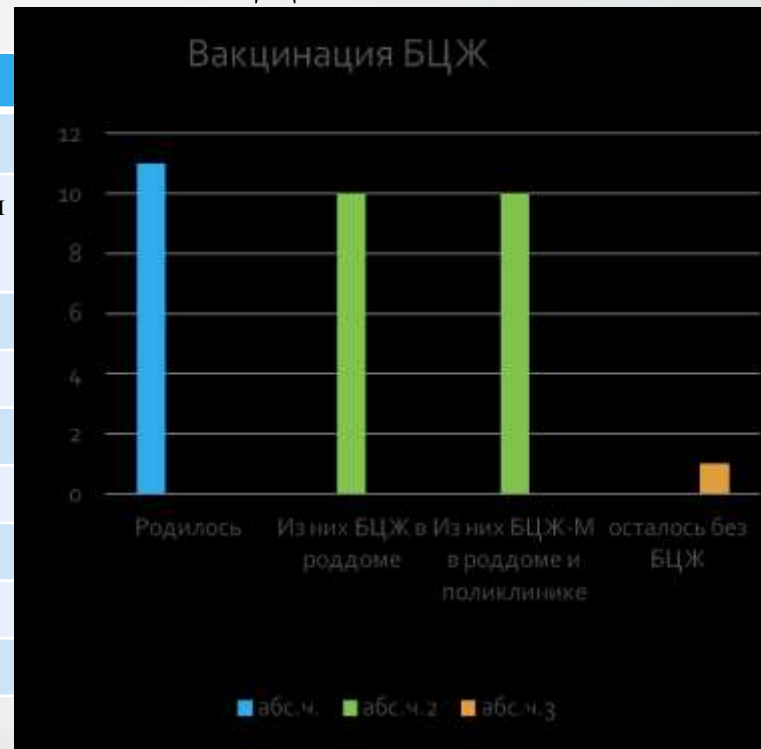
**Журнал  
регистрации  
выраженных**

**Журнал  
диспансерного учета  
детского населения**

**Журнал регистрации  
направленных  
на консультацию  
к фтизиатру**

# Туберкулинодиагностики за 2018 год

Возраст детей	Кол – во детей	Сделано манту	% охвата манту	Результаты р-ии манту				
				Отр.	Сомнит.	Положительных		
						всего	вираж	гиперемия
От 1 до 3 лет	43	42		19	8	15		
От 4 до 7лет	65	65		33	2	30		
От 8 до 12 лет	77	77		64	-	8		5
От 13 до 14 лет	24	24		21		1		2
От 1 до 14 лет	209	208		137	10	54		7
От 15 до 17 лет	15	15		13		2		
Всего	224	223		150	10	56		7



Ревакцинация БЦЖ	План	Охват
7лет	5 чел	5чел/ 100%

# Охват иммунопрофилактикой детского населения Удельно-Дуванейского ФАП

Наименование вакцины	План на 2019 год	Выполнение за 7 месяцев	%
V коклюша	13	9	69
R коклюша	10	9	90
V дифтерии	13	6	46
R дифтерии	36	22	61
R дифтерии 1	10	9	90
R дифтерии 2	13	3	23
R дифтерии 3	13	10	77
V Столбняка	13	9	69
R Столбняка	36	22	61
V Полиомиелита	13	5	38
R Полиомиелита	33	31	94
R Полиомиелита 1	10	9	90
R Полиомиелита 2	10	12	120
R Полиомиелита 3	13	10	77
V Гепатита	13	6	46

Наименование вакцины	План на 2019 год	Выполнение за 7 месяцев	%
V превенар	13	10	77
R превенар	11	11	100
V кори	12	10	83
R кори	13	7	54
V паротита	12	10	83
R паротита	13	7	54
V краснухи	12	10	83
R краснухи	13	7	54
R Манту	224	32	14
R БЦЖ 7 лет	3	-	0

## Выводы:

**R2 дифтерии – 23%** т.к. запланирована ревакцинация на сентябрь 2019

**Вакцинация полиомиелита 38%**, вакцина получена в недостаточном количестве на район, при получении будут вакцинированы.

**R. Манту, R БЦЖ - основной план** проведение вакцинации запланирован на сентябрь- октябрь 2019 год,

**Отказ от прививок 2 чел** по религиозным соображением, 1 длительный мед.отвод (ребенку 5 лет, диагноз ДЦП, ВПС)

# Отказ по религиозным соображениям

ГБУЗ Благовещенская ЦРБ  
 Код организации по ОКПО: 1952663  
 Медицинская документация  
 Учетная форма N 025/у  
 Адрес: 41441, РОССИЯ, БАШКОРТОСТАН РЕСП., БЛАГОВЕЩЕНСКИЙ Р-Н, Г. БЛАГОВЕЩЕНСК, КОМАРОВА УЛ. д.1  
 Утверждена приказом Минздрава от 15 декабря 2014 г. N 834н

**МЕДИЦИНСКАЯ КАРТА ПАЦИЕНТА, ПОЛУЧАЮЩЕГО МЕДИЦИНСКУЮ ПОМОЩЬ В АМБУЛАТОРНЫХ УСЛОВИЯХ № 69424**

ФИО: **ЭСЕДУЛЛАЕВ МУРАД МУСЛИМОВИЧ** Дата рождения: **29.09.2017** Пол: **М**  
 СНИЛС: **20010338465** Код категории льготы: **15**  
 СМО: **РГС-МЕДИЦИНА (РЕСПУБЛИКА БАШКОРТОСТАН)** Полное серия: **№ 0290289720000577**  
 ОМС:

Инициальность (первоначальная/повторная): \_\_\_\_\_ Группа: \_\_\_\_\_ Дата: \_\_\_\_\_  
 Место проживания: **РОССИЯ, БАШКОРТОСТАН РЕСП., БЛАГОВЕЩЕНСКИЙ Р-Н, УДЕЛЬНО-ДУВАНЕЙ С., КОМУНИСТИЧЕСКАЯ УЛ. д. 22**  
 Имя и место проживания: \_\_\_\_\_  
 Телефон: **89625228426**

**КАРТА УЧЕТА ПРОФИЛАКТИЧЕСКИХ ИММУНИЗАЦИЙ**  
**1. ПЛАНОВЫЕ ПРИВИВКИ**  
**ПРОТИВ ТУБЕРКУЛЕЗА**

Возраст	Критичность проведения	Дата проведения	Наименование препарата	Доза	Серия	Срок годности	Место проведения	Результат	
								местная	общая
Неработоспособен	2	3	4	5	6	7	8	9	10
		03.10.18	БЦЖ-М	0,025	538	до 06.18			

**ЛИСТ НАБЛЮДЕНИЙ ЗА БЦЖ**

Размер и характер местной реакции	Возраст							
	Новорожденный	1 мес.	3 мес.	6 мес.	9 мес.	12 мес.	6 лет	14 лет
	норм	норм	норм	норм	норм	норм	норм	норм
Лузды	норм	норм	норм	норм	норм	норм	норм	норм

Приложение № 3  
 Форма

Отказ от видов медицинских вмешательств, включенных в Перечень определенных видов медицинских вмешательств, на которые граждане дают информированное добровольное согласие при выборе врача и медицинской организации для получения первичной медицинской помощи в амбулаторно-поликлинических условиях.

Я, **Эседуллаев Мурад Муслимович**, даю информированное добровольное согласие при выборе врача и медицинской организации для получения первичной медицинской помощи в амбулаторно-поликлинических условиях.

31.09.2018  
**Эседуллаев Мурад Муслимович**  
 Подпись пациента

Отказ от определенных видов медицинских вмешательств, включенных в Перечень определенных видов медицинских вмешательств, на которые граждане дают информированное добровольное согласие при выборе врача и медицинской организации для получения первичной медицинской помощи в амбулаторно-поликлинических условиях.

Я, **Эседуллаев Мурад Муслимович**, отказываюсь от определенных видов медицинских вмешательств, включенных в Перечень определенных видов медицинских вмешательств, на которые граждане дают информированное добровольное согласие при выборе врача и медицинской организации для получения первичной медицинской помощи в амбулаторно-поликлинических условиях.

03.10.18  
**Эседуллаев Мурад Муслимович**  
 Подпись пациента

Код организации по ОКПО: 1952995  
 Медицинская документация  
 Учетная форма № 025/у  
 Утверждена приказом Минздрава от 15 декабря 2014 г. № 834н

Адрес: 45041, РОССИЯ, БАШКОРТОСТАН РЕСП., БЛАГОВЕЩЕНСКИЙ Р.Н., г. БЛАГОВЕЩЕНО, КОМАРОВА УЛ., д. 2

МЕДИЦИНСКАЯ КАРТА ПАЦИЕНТА, ПОЛУЧАЮЩЕГО МЕДИЦИНСКУЮ ПОМОЩЬ  
 В АМБУЛАТОРНЫХ УСЛОВИЯХ № 89522

ФИО: **ФОМИЧЕВ МЕФОДИЙ ЕВГЕНЬЕВИЧ** Дата рождения: 20.03.2017 Пол: М  
 СНИЛС: 19804261084 Код категории льготы: 25  
 СМО: РГС-МЕДИЦИНА (РЕСПУБЛИКА БАШКОРТОСТАН) Полис серии ОМС № 0296289729000713

Инвалидность (первичная/повторная): \_\_\_\_\_ Группа: \_\_\_\_\_ Дата: \_\_\_\_\_  
 Место проживания: РОССИЯ, БАШКОРТОСТАН РЕСП., БЛАГОВЕЩЕНСКИЙ Р.Н., УДЕЛЬНО-ДУВАНЕЙ С. РЕВОЛЮЦИОННАЯ УЛ., д. 2.  
 Адрес места проживания: \_\_\_\_\_  
 Телефон: \_\_\_\_\_  
 Документ: Свидетельство о рождении Республики Башкортостан серия: IV-AP номер: T24748  
 Место работы: \_\_\_\_\_ должность: \_\_\_\_\_  
 Изменение места работы (должности): \_\_\_\_\_  
 Занятость: Неработающий  
 Аллергические реакции: \_\_\_\_\_  
 Дата заполнения МК: 22.10.2018

КАРТА ПРОФИЛАКТИЧЕСКИХ ИММУНИЗАЦИЙ И РЕАКЦИИ НА ПРИБИВКИ Ф. № 63

1. ПЛАНОВЫЕ ПРИБИВКИ  
 ПРОТИВ ТУБЕРКУЛЕЗА

Возраст ребенка	Кратность проведения	Дата вакцинации	Наименование препарата	Доза	Серия	Срок годности	Место введения	Реакция местного характера	Помечка
4г	1	10.03.17	БЦЖ	0,1 мл	101	10.17			

ЛИСТ НАБЛЮДЕНИЙ ЗА БЦЖ

Реакция и характер местной реакции	Возраст							
	Наблюдение первый	1 мес.	3 мес.	6 мес.	9 мес.	12 мес.	7 лет	14 лет
Результат и характер местной реакции	наб. без реакции	наб. без	наб. без	наб. без	наб. без	наб. без	наб. без	наб. без
Зуд	наб. без	наб. без	наб. без	наб. без	наб. без	наб. без	наб. без	наб. без

Я Фомичева Римма Раисовна 21.04.88 проживающая по адресу с. Уд. Дуваней ул. Революционная 2, отказываюсь от туберкулини диагностики методом РМ моему сыну Фомичеву Мефодию Евгеньевичу 20.03.17. Иметь право.  
 21.08.18.  
 Фомичева Р.Р.

ПРОТИВ ПОЛНОМИЕЛИТА

Возраст ребенка	Кратность проведения	Дата вакцинации	Наименование препарата	Доза	Серия	Срок годности	Место введения	Реакция местного характера	Помечка
4г	1	02.08.17	Вакцинация	0,5 мл	101	10.17			
4г	2	02.08.19	Вакцинация	0,5 мл	101	10.19			

ПРОТИВ ДИФТЕРИИ, КОКЛУША, СТОЛБНЯКА

Возраст ребенка	Кратность проведения	Дата вакцинации	Наименование препарата	Доза	Серия	Срок годности	Место введения	Реакция местного характера	Помечка
4г	1	02.08.17	Вакцинация	0,5 мл	101	10.17			
4г	2	02.08.19	Вакцинация	0,5 мл	101	10.19			

ПРОТИВ ГЕПАТИТА В

Возраст ребенка	Кратность проведения	Дата вакцинации	Наименование препарата	Доза	Серия	Срок годности	Место введения	Реакция местного характера	Помечка
4г	1	02.08.17	Вакцинация	0,5 мл	101	10.17			
4г	2	02.08.19	Вакцинация	0,5 мл	101	10.19			

Фомичева Римма Раисовна  
 21.04.88  
 с. Уд. Дуваней  
 ул. Революционная 2  
 763515 Республика Башкортостан ЦРБ

Вашему сыну Мефодию Евгеньевичу 20.03.2017 года привита вакцина БЦЖ. Реакция на прививку: без реакции.

Вашему сыну Мефодию Евгеньевичу 20.03.2019 года привита вакцина БЦЖ. Реакция на прививку: без реакции.

Вашему сыну Мефодию Евгеньевичу 02.08.2017 года привита вакцина против полиомиелита. Реакция на прививку: без реакции.

Вашему сыну Мефодию Евгеньевичу 02.08.2019 года привита вакцина против полиомиелита. Реакция на прививку: без реакции.

Вашему сыну Мефодию Евгеньевичу 02.08.2017 года привита вакцина против дифтерии, коклюша, столбняка. Реакция на прививку: без реакции.

Вашему сыну Мефодию Евгеньевичу 02.08.2019 года привита вакцина против дифтерии, коклюша, столбняка. Реакция на прививку: без реакции.

Вашему сыну Мефодию Евгеньевичу 02.08.2017 года привита вакцина против гепатита В. Реакция на прививку: без реакции.

Вашему сыну Мефодию Евгеньевичу 02.08.2019 года привита вакцина против гепатита В. Реакция на прививку: без реакции.

ДОБРОВОЛЬНОЕ ИНФОРМИРОВАННОЕ СОГЛАШЕНИЕ НА ПРИМЕНЕНИЕ ПРОФИЛАКТИЧЕСКИХ ПРИБИВКИ ОДНИМ ИЗ ОТРАСЛЕВЫХ ЦЕНТРОВ

1. Я, нижеподписавшийся (ая), Фомичев Р.Р. (дата рождения, место рождения, паспортные данные, адрес проживания, место работы) являюсь гражданином Российской Федерации и в возрасте до 18 лет обучаюсь/обучался в образовательном учреждении/образовании (наименование, адрес, дата окончания) в соответствии с законодательством Российской Федерации.

2. Я, нижеподписавшийся (ая), Фомичев Р.Р. (дата рождения, место рождения, паспортные данные, адрес проживания, место работы) являюсь гражданином Российской Федерации и в возрасте до 18 лет обучаюсь/обучался в образовательном учреждении/образовании (наименование, адрес, дата окончания) в соответствии с законодательством Российской Федерации.

3. Я, нижеподписавшийся (ая), Фомичев Р.Р. (дата рождения, место рождения, паспортные данные, адрес проживания, место работы) являюсь гражданином Российской Федерации и в возрасте до 18 лет обучаюсь/обучался в образовательном учреждении/образовании (наименование, адрес, дата окончания) в соответствии с законодательством Российской Федерации.

Я, Фомичева Римма Раисовна, мать ребенка Фомичев Мефодий Евгеньевич, в возрасте до 18 лет обучающегося/обучавшегося в образовательном учреждении/образовании (наименование, адрес, дата окончания) в соответствии с законодательством Российской Федерации, настоящим соглашением подтверждаю свое согласие на применение профилактических прививок моему сыну Мефодию Евгеньевичу.

Я, Фомичев Мефодий Евгеньевич, в возрасте до 18 лет обучающийся/обучавшийся в образовательном учреждении/образовании (наименование, адрес, дата окончания) в соответствии с законодательством Российской Федерации, настоящим соглашением подтверждаю свое согласие на применение профилактических прививок.

Дата: 06.06.19  
 Фомичев Р.Р.  
 Фомичев М.Е.

## Выполнение профилактических прививок в динамике 2018г. – 2019г.

Наименование вакцины	2018год	2019год
	%	7 мес %
V коклюша	80	69
R коклюша	90	90
V дифтерии	80	46
R дифтерии	90	61
R дифтерии1	90	90
R дифтерии2	100	23
R дифтерии3	100	77
V Столбняка	80	69
R Столбняка	90	61
V Полиомиелита	80	38
R Полиомиелита	100	94
R Полиомиелита 1	100	90
R Полиомиелита 2	100	120
R Полиомиелита 3	100	77
V Гепатита	100	46
V Превенар	80	77
R Превенар	80	100
V кори	80	83

Наименование вакцины	2018 год	2019 год.
	%	7 мес%
R кори	100	54
V паротита	80	83
R паротита	100	54
V краснухи	80	83
R краснухи	100	54
R Манту	99	14
R БЦЖ 7лет	100	0

- При проведении санитарно-просветительной работы среди населения, руководствуясь индивидуальным подходом к каждому пациенту, считаю, что информация должна быть донесена до каждого пациента в соответствии с его заболеванием и состоянием. Поэтому беседа является наиболее предпочтительным видом санпросветительной работы, провожу беседы о пользе и необходимости профилактических прививок, их своевременной постановки о поствакцинальном периоде, провожу беседы о профилактике инфекционных, простудных заболеваний, о проведении своевременного профилактического лечения хронических заболеваний.
- Проанализировав работу по иммунизации населения пришла к выводу, что охват населения прививками, включенными в национальный календарь профилактических прививок, к концу года составит 90%-95%. За весь период трудовой деятельности не зарегистрировано ни одного случая инфекционного заболевания среди детского населения.