

Министерство здравоохранения
Российской Федерации

Код формы по ОКУД _____
Код формы по ОКПО _____

наименование лечебно-
профилактического учреждения

Медицинская
документационная
форма N 156/у-93

Утвержденная
Минздравом
Российской Федерации
от 17 сентября 1993 г. N 220

СЕРТИФИКАТ
О ПРОФИЛАКТИЧЕСКИХ ПРИВИВКАХ

Фамилия _____

Имя _____

Отчество _____

Дата рождения _____

(число, месяц, год)

Домашний адрес _____

Дата выдачи _____

(число, месяц, год)

1

Перенесенные инфекционные заболевания

Дата возникновения (число, месяц, год)	Наименование заболевания	Наименование учреждения	Подпись врача Печать
---	-----------------------------	----------------------------	-------------------------

2

Прививки против туберкулеза

Дата проведения (число, месяц, год)	Наименование препарата (БЦЖ, БЦЖ-М)	Результат	Наименование учреждения	Подпись врача Печать
--	---	-----------	----------------------------	----------------------------

3

Реакция Манту

Дата проведения (число, месяц, год)	Дата учета	Результат	Наименование учреждения	Подпись Печать
--	---------------	-----------	----------------------------	-------------------

4

Прививки против полиомиелита

Дата проведения (число, месяц, год)	Наименование учреждения	Подпись врача Печать
--	-------------------------	-------------------------

5

Прививки против дифтерии, коклюша, столбняка

Дата проведения (число, месяц, год)	АКДС, АДС-М, АДС, АД-М6 АС <*>	Наименование учреждения	Подпись врача Печать
--	-----------------------------------	----------------------------	-------------------------

<*> Отмечается введение столбнячного анатоксина (АС) как при плановой иммунизации, так и при экстренной профилактике.

12

Серологическое исследование с целью определения напряженности иммунитета к инфекционным заболеваниям

Дата проведения исследования (число, месяц, год)	Повод обследования (плановые, эпидпоказания)	Наименование инфекции	Результат исследования (титр)	Наименование учреждения	Подпись врача Печать
---	--	-----------------------	-------------------------------	-------------------------	-------------------------

13

Необычные реакции и осложнения на прививки
Непереносимость лекарственных препаратов

Дата возникновения реакции (осложнения) - число, месяц, год	Вид прививки, наименование лекарственного препарата	Характер реакции	Наименование учреждения	Подпись врача Печать
--	---	------------------	-------------------------	-------------------------

6

Прививки против анаэробных инфекций подросткам и взрослым

Дата проведения	Трианатоксин,	Наименование	Подпись врача
-----------------	---------------	--------------	---------------

(число, месяц, год)	тетраанатоксин	учреждения	Печать
---------------------	----------------	------------	--------

7

Прививки против кори

Дата проведения (число, месяц, год)	Наименование учреждения	Подпись врача Печать
--	----------------------------	-------------------------

8

Прививки против эпидемического паротита

Дата проведения (число, месяц, год)	Наименование учреждения	Подпись врача Печать
--	----------------------------	-------------------------

9

Прививки против гриппа

Дата проведения (число, месяц, год)	Наименование препарата	Наименование учреждения	Подпись врача Печать
--	---------------------------	----------------------------	-------------------------

10

Прививки против <*>

Дата проведения (число, месяц, год)	Наименование препарата	Наименование учреждения	Подпись врача Печать
--	---------------------------	----------------------------	-------------------------

<*> Вносятся данные об иммунизации против инфекционных заболеваний эндемичных для соответствующих территорий.

11

Введение иммуноглобулинов, сывороток

Дата проведения (число, месяц, год)	Наименование препарата	Наименование учреждения	Подпись врача Печать
--	---------------------------	----------------------------	-------------------------

1. Сертификат о профилактических прививках выдается всеми учреждениями здравоохранения, проводящими иммунизацию населения.

2. Сведения о проведенных прививках вносятся в сертификат медицинскими работниками лечебно-профилактических учреждений (поликлиники, медсанчасти, здравпункта, фельдшерско-акушерского пункта) на основании данных медицинской карты амбулаторного больного (ф. N 25/у) и истории развития ребенка (ф. N 112/у). Внесенные в сертификат данные заверяются подписью врача и печатью учреждения.

3. Сертификат о профилактических прививках подлежит хранению у лиц, получивших прививки, и предъявляется в случае продолжения иммунизации для внесения в него соответствующих данных.