

_____ (наименование организации здравоохранения)

**Экстренное извещение
об инфекционном заболевании,
пищевом отравлении, осложнении после прививки**

1. Фамилия, имя, отчество пациента: _____
2. Пол: мужской/женский (нужное подчеркнуть)
3. Дата рождения: _____
4. Адрес фактического проживания пациента: _____

(город, село, улица, номер дома, квартиры, домашнего телефона)

5. Наименование и адрес места работы, учебы, службы, номер служебного телефона: _____

6. Дата:

появления первых клинических признаков инфекционного заболевания, пищевого отравления, осложнения после прививки	«__» _____ 20__ г.,
первичного обращения за медицинской помощью по поводу инфекционного заболевания, пищевого отравления, осложнения после прививки	«__» _____ 20__ г.,
установления первичного/окончательного диагноза инфекционного заболевания, пищевого отравления, осложнения после прививки (нужное подчеркнуть)	«__» _____ 20__ г.,
последнего посещения места работы, службы, учебы	«__» _____ 20__ г.,
госпитализации в организацию здравоохранения	«__» _____ 20__ г.

7. Госпитализирован в организацию здравоохранения: _____

(указать наименование)

8. Диагноз заболевания: _____

первичный/окончательный (нужное подчеркнуть)

9. Код заболевания по МКБ-10: _____

10. Диагноз подтвержден лабораторно: да/нет (нужное подчеркнуть)

11. Предположительное место и дата заражения (пищевого отравления), потенциальные факторы передачи _____

12. Сведения об иммунизации больного (при заболеваниях, управляемых иммунологически)* _____

