Идентификационный номер учета ППППИ:

ФОРМА УЧЕТА ПОБОЧНЫХ ПРОЯВЛЕНИЙ ПОСЛЕ ИММУНИЗАЦИИ (ППППИ)

***Имя пациента:** ***Полный адрес пациента:** **Телефон:** **Пол пациента:** ☐**М** ☐ **Ж** ***Дата рождения (дд/мм/гггг):** ☐☐ /☐☐ /☐☐☐☐ *ИЛИ возрастная группа:* ☐*до года* ☐ *от 1 г. до 5 лет* ☐ *старше 5 лет*	***Имя составителя отчета:** **Учреждение, отделение и адрес:** **Телефон и адрес эл. почты:** **Дата:** **Подпись:**

Название учреждения (центра вакцинации):

***Название полученной вакцины**	***Дата вакцинации**	***Время вакцинации**	**Доза** (напр. 1-я, 2-я, и т.д.)	***Серия/№ партии**	**Годен до:**

***Побочные проявления**	**Описать ППППИ (Признаки и симптомы):**
☐ Местная реакция ☐ *> 3 дней* ☐ *Выше ближайшего сустава* ☐ Лихорадка: ≥38°C ☐ Судороги: ☐ *фебрильные* ☐ *афебрильные* ☐ Абсцесс ☐ Сепсис ☐ Синдром токсического шока ☐ Тромбоцитопения ☐ Анафилаксия ☐ Другие (указать) ..... Дата и время начала ППППИ: дд/мм/гггг: ☐☐ /☐☐ /☐☐☐☐. ☐☐ час. ☐☐ мин. Госпитализация: ☐ Да ☐ Нет Дата уведомления системы здравоохранения: дд/мм/гггг ☐☐ /☐☐ /☐☐☐☐	

Исход

☐ Выздоравливает ☐ Выздоровел ☐ Выздоровел с последствиями ☐ Не выздоровел ☐ Неизвестно

☐ Умер В случае смерти указать дату дд/мм/гггг ☐☐ /☐☐ /☐☐☐☐ Проводилось вскрытие ☐ Да ☐ Нет ☐ Неизвестно

Анамнез (включая подобные реакции или другую аллергию), одновременно принимаемые лекарства и другая важная информация (например, другие случаи). *При необходимости продолжить на новом листе*:

Заполняется на первом уровне принятия решений:

Требуется расследование ☐ Да ☐ Нет	Если да, то указать дату запланированного расследования (дд/мм/гггг) ☐☐ /☐☐ /☐☐☐☐

Заполняется на национальном уровне:

Дата получения отчета на национальном уровне (дд/мм/гггг) ☐☐ /☐☐ /☐☐☐☐	Индивидуальный международный номер ППППИ:
Комментарии:	

** Пункты, обязательные к заполнению*