**ЗАПОЛНЕНИЕ ЭКСТРЕННОГО ИЗВЕЩЕНИЯ В ОРГАНЫ САНЭПИДНАДЗОРА**

Форма № 058/у заполняется в 2-х экземплярах по следующим графам:

* диагноз;
* паспортные данные пациента: Ф.И.О., возраст, домашний адрес, место работы;
* противоэпидемические мероприятия, проведенные с пациентом и контактными;
* срок и место госпитализации;
* дата, время первичной сигнализации в ЦГСЭН;
* список контактировавших с пациентом людей, их домашние адреса и телефоны;
* Ф.И.О. и подпись медицинского работника.

Затем экстренное сообщение отправляется в ЦГСЭН ка можно быстрее, не позднее 2 часов с момента выявления или подозрения инфекционного заболевания.

После вышеуказанных действий заполняется журнал инфекционных больных учетной формы № 60.

|  |
| --- |
| Форма № 058/у  **Экстренное извещение об инфекционном заболевании, пищевом, остром профессиональном отравлении, необычной реакции на прививку.**  1. Диагноз \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_  (подтвержден лабораторно: да, нет (подчеркнуть))  2. Фамилия, имя, отчество \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_  3. Пол: м. ж. (подчеркнуть) \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_  4. Возраст (для детей до 14 лет — дата рождения) \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_  5. Адрес, населенный пункт \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ район \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_  улица \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ дом N \_\_\_\_\_ кв. N \_\_\_\_\_  \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_  (индивидуальная, коммунальная, общежитие — вписать)  6. Наименование и адрес места работы (учебы, детского учреждения)  \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_  7. Даты:  заболевания \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_  первичного обращения (выявления) \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_  установления диагноза \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_  последнего посещения детского учреждения, школы \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ |