

Урьдчилан сэргийлэх тарилгын хуудас

Галаал иргэний үнэмлэхний дугаар	-	(<input type="checkbox"/> эр <input type="checkbox"/> эм)	Утас
Овог Нэр			Биеийн жин _____ кг
Хаяг			

Урьдчилан сэргийлэх вакцинд хамрагдахын өмнө та доорхи хүснэгтийг бөглөнө үү	Асран халамжлагч (өөрөө) тэмдэглэх <input checked="" type="checkbox"/>
Өнөөдөр таны биеийн байдал ямар байна вэ? Танд ямар нэгэн зовиур шаналгаа байна уу? ()	<input type="checkbox"/> Тийм <input type="checkbox"/> Үгүй
Вакцин тарьсны дараа Танд харшил өгч огиулж бөөлжих, бие загатнах гэх мэт зовиур илэрч байсан уу? Мөн эм тариа болон хоол хүнсний харшилтай зүйл байгаа юу? ()	<input type="checkbox"/> Тийм <input type="checkbox"/> Үгүй
Урд нь ямар нэг вакцинд хамрагдаж байсан уу? Тийм бол ямар вакцинд хамрагдсанаа энд тэмдэглэнэ үү? ()	<input type="checkbox"/> Тийм <input type="checkbox"/> Үгүй
Доор дурьдсан өвчнөөр өвдөж байсан уу? Тийм бол тэмдэглэнэ үү (Астма, Төрөлхийн гажиг, Уушигны өвчин, Зүрх, Бөөр, Дотоод шүүрлийн булчирхайн өвчинүүд, Чихрийн шижин, Цусны даралт ихсэх, гэх мэт) Дээр дурдсанаас өөр эмгэг илэрч байсан бол энд тэмдэглэнэ үү ()	<input type="checkbox"/> Тийм <input type="checkbox"/> Үгүй
Унаж татдаг, таталт өгдөг болон тархи нугасны өвчин байгаа эсэх	<input type="checkbox"/> Тийм <input type="checkbox"/> Үгүй
Дархлааны системийн өвчнүүд, цусны болон бусад хавдар байгаа эсэх ()	<input type="checkbox"/> Тийм <input type="checkbox"/> Үгүй
Сүүлийн 3 сард стеройдын төрлийн эм болон преднизолон хэрэглэсэн эсвэл хавдарын эсрэг химийн болон туяа эмчилгээ хийлгэж байсан уу?	<input type="checkbox"/> Тийм <input type="checkbox"/> Үгүй
Сүүлийн жилд цус болон цусан бүтээгдэхүүн сэлбүүлж, Гамма глобулин тариулж байсан уу?	<input type="checkbox"/> Тийм <input type="checkbox"/> Үгүй
Сүүлийн нэг сард вакцинд хамрагдсан эсэх тийм бол вакцины нэрийг энд бичнэ үү ()	<input type="checkbox"/> Тийм <input type="checkbox"/> Үгүй
Эмэгтэйчүүд: Та одоогоор жирэмсэн эсэх, эсвэл дараа сард жирэслэхээр төлөвлөж байгаа эсэх	<input type="checkbox"/> Тийм <input type="checkbox"/> Үгүй

Би эмчийн үзлэгт хамрагдан, энэ вакциныг хийлгэсний улмаас гарч болох урвал, хүндрэлийн талаар мэдээлэл авсны дараа энэхүү вакциныг хийлгүүлсэн болно

Асран халамжлагч(өөрөө)ийн овог нэр: _____ (гарын үсэг)

Вакцинд хамрагдагчтай ямар холбоотой вэ: _____ он ____ сар ____ өдөр

※ Урьдчилсан сэргийлэх тарилгын хяналт ба тарилгын хоёр дахь тунг хийлгэх хугацааг мессежээр(SMS) мэдэгдэх тухайд зөвшөөрөв (Гар утасны дугаар: _____)

Эмчийн үзлэгийн хариу (Эмчийн тэмдэглэгээ)	Тэмдэглэгээ <input checked="" type="checkbox"/>
Биеийн халуун: _____ °C	Дархлаажуулалтын дараах урвал, хүндрэлийн талаар танилцуулав. <input type="checkbox"/>
Дархлаажуулалтын дараа шууд илэрдэг урвал, хүндрэлийг ажиглаж, хянах зорилгоор вакцин хийлгэсний дараа 20-30 минут түр хүлээх талаар танилцуулав.	<input type="checkbox"/>
Үзлэгийн үр дүн :	
Өвчтөний өвчний түүх болон биеийн байдлыг шалгасны үндсэн дээр вакцин хийхийг зөвшөөрөв. Эмчийн нэр: _____ (гарын үсэг)	

Урьдчилсан сэргийлэх тарилгын талаархи энэхүү хуудас нь хүн амыг халдварт өвчнөөс урьдчилан сэргийлэхэд зориулагдсан болно (Халдварт өвчнийг хянах болон урьдчилан сэргийлэх хуулийн 28 дугаар зүйл ба тус зүйлийн 23-р заалт эсвэл тус хуулийн 23 ба 28-р зүйлүүд), Энэхүү хуудсыг тухайн вакциныг хийсэн байгууллага хадгалах бөгөөд вакцинд хамрагдсан эсвэл хамрагдаагүй эсэх, вакцины давтан тунг хийлгэсэн эсэхийг тус тус хянахад ашиглана. Тус хуудсыг 5-н жил хүртэл хугацаагаар хадгалж, зөвхөн тарилгатай холбоотой асуудлаар ашиглана.

※ Вакцинд хамрагдагч болон асран халамжлагчийн мэдээлэл (овог нэр, иргэний үнэмлэхний дугаар, хаяг, утасны дугаар гм), урьдчилан сэргийлэх тарилгын тухай мэдээлэл (тарилгын нэр, тарилгад хамрагдсан удаа, он сар өдөр, тарилгын арга, тариулсан хэсэг) болон хувийн мэдээллийг тус тус хуулийн (Хувь хүний талаархи мэдээлэлийг хамгаалах хуулийн 10465 дугаар зүйл анги) дагуу хатуу чандлан хадгална.