Приложение № 6 към чл. 8, ал. 1

(Предишно Приложение № 6 към чл. 8 - ДВ, бр. 52 от 2011 г., в сила от 08.07.2011 г.)

|  |
| --- |
|  |
|  | БЪРЗО ИЗВЕСТИЕ |
|  | за случай на болен (възможен, |
|  | вероятен, потвърден), |
|  | заразоносител или починал |
|  | от заразно заболяване |

|  |
| --- |
|  |
| Диагноза ........................................................................................................................................................... |
| възможен; вероятен; потвърден случай |
| Име, презиме, фамилия ....................................................................................................................................................... |
| ............................................................ М / Ж |
| Дата на раждане ........................................................................................................................................................... |
| навършени години ........................................................................................................................................................... |
| Местоживеене гр./с. ........................................................................................................................................................ |
| Адрес ........................................................................................................................................................... |
| Професия ........................................................................................................................................................... |
| Месторабота ........................................................................................................................................................... |
| Дата на последно посещение в колектива ........................................................................................................................................................... |
| Заболял: Населено място ................................................................................................................................................... |
| Дата ........................................................................................................................................................... |
| Преглед за първи път по повод заболяването ........................................................................................................................................................... |
| А. Населено място ........................................................................................................................................................... |
| Б. Дата ............ Лечебно заведение ........................................................................................................................................................... |
| В. Първоначална диагноза .......................................................................................................................................................... |
| Болният е открит: активно .......................................................................................................................................................... |
| Пасивно ........................................................................................................................................................... |
| Уточнена диагноза .................... Дата ........................................................................................................................................................... |
| Лечебно заведение ........................................................................................................................................................... |
| Потвърждаване на диагнозата резултати |
| А. Изследване ........................................................................................................................................................... |
| Б. Параклиника ........................................................................................................................................................... |
| В. Патологоанатомия ........................................................................................................................................................... |
| Болният е: |
| оставен в дома си ......................................................................................................................................................... |
| хоспитализиран в .......................... Дата .......................................................................................................................................................... |
| А. Населено място ........................................................................................................................................................... |
| Умрял Б. Дата ......................................................................................................................................................... |
| В. Лечебно заведение ...................................................................................................................................................... |
| Проведена имунизация срещу заболяването: |
| А. Имунизация 1............... 2 ............... 3 .......................................................................................................................................................... |
| Б. Реимунизация 1........... 2 ................................................................................................................................................. |
| Контакт с болен със същата диагноза: |
| ДА Име на болния .................................................................................................................................................... |
| Дата на контакта ........................................................................................................................................................... |
| НЕ |
| Контактни на този болен: |
| В дома ........................................................................................................................................................... |
| В колектива ........................................................................................................................................................... |
|  |
| ДО ........................................................................................................................................................... |
| ........................................................................................................................................................... |
| ........................................................................................................................................................... |
| (наименование и адрес на заведението, до което се изпраща) |
|  |
|  |
| ИЗПРАЩА: |
|  |
| Открил заболяването: ........................................................................................................................................................... |
| ........................................................................................................................................................... |
| (име, фамилия и длъжност) |
| Лечебно заведение: ........................................................................................................................................................... |
| Адрес: ........................................................................................................................................................... |
| Дата: ........................ Подпис: ........................................................................................................................................................... |