



МИНИСТЕРСТВО ЗДРАВООХРАНЕНИЯ РЕСПУБЛИКИ КРЫМ

ПРИКАЗ

от 28.02.2018г.

№ 372

г.Симферополь

Об организации работы республиканской иммунологической комиссии

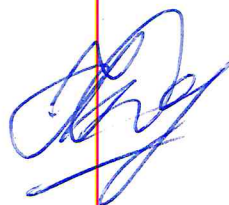
В соответствии с Федеральным законом от 17.06.1998 № 157-ФЗ «Об иммунопрофилактике инфекционных болезней», приказами Министерства здравоохранения Российской Федерации от 21.03.2014 № 125н «Об утверждении национального календаря профилактических прививок и календаря профилактических прививок по эпидемическим показаниям», от 16.06.2016 №370н «О внесении изменений в приложение №1 и 2 к приказу Министерства здравоохранения Российской Федерации от 21.03.2014 №125н «Об утверждении национального календаря профилактических прививок и календаря профилактических прививок по эпидемическим показаниям», в целях оптимизации учета и отчетности медицинских организаций Республики Крым по расследованию случаев возникновения (подозрения) необычных реакций, поствакцинальных осложнений (подозрений) после введения медицинских иммунобиологических препаратов,

ПРИКАЗЫВАЮ:

1. Утвердить:
 - 1.1 Состав Республиканской иммунологической комиссии при Министерстве здравоохранения Республике Крым (приложение №1).
 - 1.2 Алгоритм работы медицинских организаций Республики Крым по проведению мероприятий при возникновении (подозрении) необычных реакций, поствакцинального осложнения (подозрения) после введения медицинских иммунобиологических препаратов (приложение №2).
 - 1.3 Форму содержания внеочередного донесения о поствакцинальном осложнении в результате введения иммунобиологических лекарственных препаратов (далее ИБЛП) (приложение №3).
 - 1.4 Форму расследования необычной реакции (подозрения), поствакцинального осложнения (подозрения) в результате введения ИБЛП (приложение №4).
2. Руководителям медицинских организаций, подведомственных Министерству здравоохранения Республики Крым:

- 2.1 Обеспечить работу в подведомственных медицинских организаций по проведению мероприятий при возникновении (подозрении) необычных реакций, поствакцинального осложнения (подозрения) после введения ИБЛП в соответствии с приложениями №№2,3,4 к настоящему приказу.
- 2.2 Ввести необходимые изменения в нормативные документы в части организации по проведению мероприятий при возникновении (подозрении) необычных реакций, поствакцинального осложнения (подозрения) после введения ИБЛП в течение 3-х рабочих дней с даты вступления в силу настоящего приказа.
3. Контроль исполнения приказа оставляю за собой.

Заместитель министр



Н.Н. Деркач

**Состав Республиканской иммунологической комиссии
при Министерстве здравоохранения Республики Крым**

Деркач Н.Н. – заместитель министра здравоохранения Республики Крым, председатель;

Текученко Т.Д. – начальник управления организации медицинской помощи детям и матерям и санаторно-курортного обеспечения Министерства здравоохранения Республики Крым, заместитель председателя;

Кушнир Е.Ф. – врач иммунолог-аллерголог ГБУЗ РК «Республиканская детская клиническая больница», секретарь.

Члены комиссии:

Дьякова Т.Б. – заведующая отделом организации медицинской помощи детям, матерям и санитарно-эпидемиологического благополучия управления организации медицинской помощи детям и матерям и санаторно-курортного обеспечения Министерства здравоохранения Республики Крым;

Бабасева М.Ш. – главный специалист отдела организации медицинской помощи детям, матерям и санитарно-эпидемиологического благополучия управления организации медицинской помощи детям и матерям и санаторно-курортного обеспечения Министерства здравоохранения Республики Крым;

Машковская Д.В. – главный внештатный специалист педиатр Министерства здравоохранения Республики Крым, заместитель главного врача по медицинской части и лекарственному обеспечению ГБУЗ РК «Республиканская детская клиническая больница», врач иммунолог-аллерголог;

Бунчук М.М. – главный внештатный детский специалист невролог Министерства здравоохранения Республики Крым, врач-невролог детский ГБУЗ РК «Республиканская детская клиническая больница»

Прокудина Л.И. – главный внештатный специалист по инфекционным болезням у детей Министерства здравоохранения Республики Крым, заведующая инфекционным кабинетом ГБУЗ РК «Симферопольская поликлиника №3»;

Яворская Н.И. – главный внештатный детский специалист фтизиатр Министерства здравоохранения Республики Крым, врач-фтизиатр детский ГБУЗ РК «Крымский республиканский клинический центр фтизиатрии и пульмонологии»

Гудзь В.М. – главный специалист-эксперт отдела эпиднадзора Межрегионального управления Роспотребнадзора по Республике Крым и г.Севастополю, с согласования.

В состав комиссии, при необходимости, могут быть включены специалисты других врачебных специальностей и ведомств.

Алгоритм работы медицинских организаций по проведению мероприятий при возникновении поствакцинального осложнения (подозрения) после введения иммунобиологических лекарственных препаратов

В медицинской организации приказом руководителя назначается должностное лицо, ответственное за организацию работы по иммунопрофилактике, мониторинг возникновения необычной реакции (подозрения), поствакцинального осложнения (подозрения) в результате введения иммунобиологических лекарственных препаратов (далее ИБЛП).

При возникновении (подозрении) необычных реакций в результате введения ИБЛП, поствакцинальных осложнений (подозрений) в процессе активного наблюдения в вакцинальном и поствакцинальном периодах или при обращении за медицинской помощью:

1. Медицинский работник обязан:

1.1. Оказать пациенту необходимую медицинскую помощь, по показаниям обеспечить своевременную госпитализацию в профильный стационар при возникновении (подозрении) необычных реакций в результате введения ИБЛП.

При возникновении (подозрении) поствакцинального осложнения направить пациента в профильный стационар.

При подозрении на поствакцинальное осложнение в результате вакцинации против туберкулеза дети направляются в специализированное противотуберкулезное учреждение – ГБУЗ РК «Крымский республиканский клинический центр фтизиатрии и пульмонологии» или его филиалы.

1.2. Информировать заведующего отделением и должностное лицо, ответственное за организацию работы по иммунопрофилактике (председатель иммунологической комиссии), о выявлении (подозрении) необычной реакции, поствакцинального осложнения (подозрения) в результате введения ИБЛП.

1.3. Зарегистрировать в журнале учета инфекционных заболеваний (ф.060/у) на специально выделенных листах журнала информацию о выявлении (подозрении) необычной реакции, поствакцинального осложнения (подозрения).

В последующем внести в журнал необходимые уточнения и дополнения.

Занести данные о пациенте в соответствующую медицинскую документацию:

- историю развития новорожденного – ф.097/у
- историю развития ребенка – ф.112/у
- медицинскую карту ребенка – ф.026/у
- медицинскую карту амбулаторного больного – ф.025-87
- медицинскую карту стационарного больного – ф.003-1/у
- карту вызова скорой медицинской помощи – ф.110/у
- карту обратившегося за антирабической помощью – ф.045/у
- сертификат профилактических прививок – ф.156/у-93.

1.4. При подозрении на поствакцинальное осложнение (приложение №1 Методических рекомендаций МУ 3.3.1.1123-02 «Мониторинг поствакцинальных осложнений и их профилактика») направить в течение 6 часов экстренное извещение в Министерство здравоохранения Республики Крым (электронный адрес

mz-rk15@mail.ru) и в территориальный ФБУЗ «Центр гигиены и эпидемиологии по Республике Крым и городу федерального значения Севастополю» в соответствии с приложением №3 к настоящему приказу.

1.5. При неосложненных единичных случаях сильных местных (в т.ч. отек, гиперемия менее 8 см в диаметре) и сильных общих (в т.ч. температура менее 40°C, фебрильные судороги) реакции на вакцинацию, легких проявлениях кожной и респираторной аллергии провести регистрацию в медицинской документации пациента, указанной в п. 1.3. настоящего Приложения. Экстренное извещение в Министерство здравоохранения Республики Крым в этих случаях не подавать.

2. Должностное лицо, ответственное за организацию работы по иммунопрофилактике (председатель иммунологической комиссии) обязано:

2.1. Немедленно информировать руководителя медицинской организации о выявлении (подозрении) необычной реакции, поствакцинального осложнения (подозрения) в результате введения ИБЛП;

2.2. Провести в течение 2-х рабочих дней комиссионное расследование необычной реакции (подозрения), поствакцинального осложнения (подозрения) в результате введения ИБЛП.

Включить в состав комиссии, при расследовании осложнения, связанного со специфической профилактикой туберкулеза, врача-фтизиатра.

После завершения расследования случая необычной реакции (подозрения), поствакцинального осложнения (подозрения) в результате введения ИБЛП составляется акт расследования (с выпиской из первичной медицинской документации) в соответствии с приложением №4 к настоящему приказу.

Составить в случае, связанном со специфической профилактикой туберкулеза, акт расследования (с выпиской из первичной медицинской документации) в соответствии с приложением №4 Методические указания МУ 3.3.1.1123-02 «Мониторинг поствакцинальных осложнений и их профилактика» и «Карту регистрации больного с осложнениями после иммунизации туберкулезной вакцины» (приложение №5 к Приказу Минздрава России от 21.03.2003 №109).

2.3. Направить акт поствакцинального осложнения (подозрения) в результате введения ИБЛП и выписку из первичной медицинской документации в течение 24 часов в Министерство здравоохранения Республики Крым (электронный адрес mz-rk15@mail.ru) в соответствии с приложением №4 к настоящему приказу.

3. Республиканская иммунологическая комиссия при Министерстве здравоохранения Республики Крым:

3.1. Осуществляет в течение 10 рабочих дней после получения акта расследования поствакцинального осложнения (подозрения) его экспертную оценку.

3.2. Проводит объективный осмотр пациента и выносит решение о наличии (отсутствии) поствакцинального осложнения (подозрения) с составлением окончательного акта расследования.

3.3. Утверждает, отклоняет или направляет акт расследования поствакцинального осложнения (подозрения) на дорасследование.

3.4. Направляет копию утвержденного акта расследования поствакцинального осложнения в медицинскую организацию по месту постоянного наблюдения пациента в соответствии с закреплением по полису обязательного медицинского страхования.

4. Медицинская организация по месту постоянного наблюдения пациента в соответствии с закреплением по полису обязательного медицинского страхования выдает пациенту медицинское заключение об установлении факта поствакцинального осложнения, оформленное решением врачебной комиссии.

Форма 058/1

Содержание внеочередного донесения
о поствакцинальном осложнении

Диагноз: Поствакцинальное осложнение.

Основные проявления: тяжелые аллергические, со стороны нервной системы,
прочие _____

(указать основные симптомы)

Какой препарат введен _____ Дата введения _____

Изготовитель _____

Серия _____ Дата выпуска _____ Срок годности _____

ЛПУ (место нахождения) _____

Дата обращения в ЛПУ " _____ " _____ 20__ г.

Диагноз: _____

Дата установления диагноза: " _____ " _____ 20__ г.

Ф.И.О. _____ пол _____

Дата рождения (возраст) " _____ " _____ г. (_____)

Адрес места жительства _____

Где работает _____ школа _____

Детское учреждение _____

Дата госпитализации " _____ " _____ 20__ г.

Диагноз при госпитализации _____

Дополнительные сведения _____

Информацию передал (должность, фамилия, тел.) _____

Дата извещения " _____ " _____ 20__ г.

Сведения о вакцине

Название учреждения, проводившего вакцинацию:									
Вакцина									
Наименован ия введенных вакцин	Дата вакцинаци и	Время вакцинац ии	Вакцинация/ревакци нация (указать кратность)	Изготовит ель	Номер сери и/ парт ии	Дата выпус ка	Срок гнос ти	Срок хранения вскрытой ампулы или приготовлен ного раствора	Дата получен ия в ЛПУ
Растворитель									
Наименован ие	Изготовит ель	Дата изготовле ния	Срок годности						

АКТ расследования необычной реакции (подозрения), поствакцинального осложнения (подозрения) в результате введения иммунобиологических лекарственных препаратов

(заполните отдельный акт на каждый случай при групповых реакциях и осложнениях)

Раздел А		Базовая информация	
Регион/область	Район	номер экстренного извещения №	
Место вакцинации(✓): ☐ Госуд. ЛПУ ☐ Частное ЛПУ ☐ Другое (укажите) _____			
Вакцинация (✓): ☐ Кампания ☐ Плановая ☐ Другое (укажите) _____			
Адрес места проведения вакцинации: _____			
Дата расследования: ____ / ____ / ____		Этот акт:	
Дата заполнения формы: ____ / ____ / ____		☐ первичный ☐ промежуточный ☐ окончательный	
ФИО пациента _____		Пол: ☐ М ☐ Ж	
Дата рождения (ДД/ММ/ГГГГ): ____ / ____ / ____			
Возраст: ____ лет ____ месяцев ____ дней, возрастная группа: ☐ < 1 года ☐ 1–5 лет ☐ > 5 лет			
Полный адрес проживания пациента с точным указанием всех данных (улица, номер дома, название населенного пункта, т.д.): _____			

Вакцина			
Наименование введенных вакцин	Дата вакцинации	Время вакцинации	ция/реакция/вакцинация (указать кратное)
Изготовитель	Номер серии/партии	Дата выпуска	Срок годности
Хранения	Вскрытой ампулы или приготовленного	Дата получения в ЛПУ	
Растворитель			
Наименование	Изготовитель	Дата изготовления	Срок годности
Тип прививочного пункта (✓) ☐ Стационарный ☐ Мобильный ☐ Выездной ☐ Другое _____			
Дата развития первого/ведущего симптома (ДД/ММ/ГГГГ): ____ / ____ / ____			

Время развития первого симптома (чч/мм): ____ / ____

Дата госпитализации (ДД/ММ/ГГГГ): ____ / ____ / ____

Дата отправки первого сообщения в органы управления здравоохранением (ДД/ММ/ГГГГ): ____ / ____ / ____

Состояние на дату расследования(✓): ☐ Умер ☐ Инвалидность ☐ Процесс выздоровления ☐ Полное выздоровление
☐ Неизвестно

Если умер, дата и время смерти (ДД/ММ/ГГГГ): ____ / ____ / ____ (чч/мм): ____ / ____

Проводилось патологоанатомическое исследование? (✓) ☐ Да (дата) ____ / ____ / ____ ☐ Нет
☐ Запланировано на (дата) ____ / ____ / ____ время ____ / ____ Приложите отчет (если имеется).

РАЗДЕЛ Б Предшествующий анамнез (до вакцинации)

Критерии	Результат	Комментарии (если да, укажите подробности)
Осмотр перед прививкой	☐ Врач ☐ фельдшер ☐ медсестра	
Температура		
Аллергия на вакцину, лекарство или продукт питания в анамнезе	☐ Да ☐ Нет ☐ Неизвестно	
Заболевание в предшествующие 30 дней	☐ Да ☐ Нет ☐ Неизвестно	Дата ____ / ____ / ____ длительность ____ дней
Госпитализация в предшествующие 30 дней с указанием причины	☐ Да ☐ Нет ☐ Неизвестно	
Лекарственная терапия в настоящее время по причине другого нарушения? (Если да, укажите ЛС, показания к его применению, дозы и сроки лечения)	☐ Да ☐ Нет ☐ Неизвестно	Наименование _____ длительность ____ дней
Любое заболевание (острое в предшествующие 30 дней, хронические или аллергические у родителей, братьев, сестер, бабушек, дедушек)	☐ Да ☐ Нет ☐ Неизвестно	Указать у кого и какое
Были ли подобные реакции в прошлом	☐ Да ☐ Нет ☐ Неизвестно	
Неблагоприятное проявление после предыдущей(-их) прививки(-ок) (указать наименование прививки и клинические проявления)	☐ Да ☐ Нет ☐ Неизвестно	

Для женщин детородного возраста:

Беременность в настоящее время? Да (срок в неделях) ____ / Нет / Неизвестно

Грудное вскармливание в настоящее время? Да/ Нет

Для детей грудного возраста:

Родился ☐ в срок ☐ недоношенным ☐ переносенным.

Масса тела при рождении:

Роды ☐ нормальные ☐ кесарево сечение ☐ с пособием (щипцы, вакуум и т.д.) ☐ осложненные (укажите)

РАЗДЕЛ В Первичный осмотр

Источник информации (✓ все нужное): ☐ врач ☐ фельдшер ☐ медсестра

ФИО _____ лица, _____ который _____ первым _____ осматривал _____ пациента: ____ -

Признаки и симптомы в хронологическом порядке, начиная с момента вакцинации: _____

Время развития первого симптома (чч/мм): ____ / ____

Дата госпитализации (ДД/ММ/ГГГГ): ____ / ____ / ____

Дата отправки первого сообщения в органы управления здравоохранением (ДД/ММ/ГГГГ): ____ / ____ / ____

Состояние на дату расследования(✓): ☐ Умер ☐ Инвалидность ☐ Процесс выздоровления ☐ Полное выздоровление
☐ Неизвестно

Если умер, дата и время смерти (ДД/ММ/ГГГГ): ____ / ____ / ____ (чч/мм): ____ / ____

Проводилось патологоанатомическое исследование? (✓) ☐ Да (дата) ____ / ____ / ____ ☐ Нет
☐ Запланировано на (дата) ____ / ____ / ____ время ____ / ____ Приложите отчет (если имеется).

РАЗДЕЛ Б Предшествующий анамнез (до вакцинации)

Критерии	Результат	Комментарии (если да, укажите подробности)
Осмотр перед прививкой	☐ Врач ☐ фельдшер ☐ медсестра	
Температура		
Аллергия на вакцину, лекарство или продукт питания в анамнезе	☐ Да ☐ Нет ☐ Неизвестно	
Заболевание в предшествующие 30 дней	☐ Да ☐ Нет ☐ Неизвестно	Дата ____ / ____ / ____ длительность ____ дней
Госпитализация в предшествующие 30 дней с указанием причины	☐ Да ☐ Нет ☐ Неизвестно	
Лекарственная терапия в настоящее время по причине другого нарушения? (Если да, укажите ЛС, показания к его применению, дозы и сроки лечения)	☐ Да ☐ Нет ☐ Неизвестно	Наименование _____ длительность ____ дней
Любое заболевание (острое в предшествующие 30 дней, хронические или аллергические у родителей, братьев, сестер, бабушек, дедушек)	☐ Да ☐ Нет ☐ Неизвестно	Указать у кого и какое
Были ли подобные реакции в прошлом	☐ Да ☐ Нет ☐ Неизвестно	
Неблагоприятное проявление после предыдущей(-их) прививки(-ок) (указать наименование прививки и клинические проявления)	☐ Да ☐ Нет ☐ Неизвестно	

Для женщин детородного возраста:

Беременность в настоящее время? Да (срок в неделях) ____ / Нет / Неизвестно

Грудное вскармливание в настоящее время? Да/ Нет

Для детей грудного возраста:

Родился ☐ в срок ☐ недоношенным ☐ переносенным.

Масса тела при рождении:

Роды ☐ нормальные ☐ кесарево сечение ☐ с пособием (щипцы, вакуум и т.д.) ☐ осложненные (укажите)

РАЗДЕЛ В Первичный осмотр

Источник информации (✓ все нужное): ☐ врач ☐ фельдшер ☐ медсестра

ФИО _____ лица, _____ который _____ первым _____ осматривал _____ пациента: ____ -

Признаки и симптомы в хронологическом порядке, начиная с момента вакцинации: _____

ФИО и контактная информация лица, предоставляющего эту клиническую информацию:	Должность:	Дата/время
--	------------	------------

Приложите копии ВСЕХ имеющихся документов - историю развития новорожденного - ф. 097/у;

- истории развития ребенка - ф. 112/у;
- медицинской карты ребенка - ф. 026/у;
- медицинской карты амбулаторного больного - ф. 025-87;
- медицинской карты стационарного больного - ф. 003-1/у;
- карты вызова скорой медицинской помощи - ф. 110/у;
- карты обратившегося за антирабической помощью - ф. 045/у;
- сертификата профилактических прививок - ф. 156/у-93.

Предварительный	/	окончательный
-----------------	---	---------------

диагноз:

РАЗДЕЛ Г Данные о вакцинах, которые вводились в тот же день

Число привитых, каждым видом вакцины в учреждении в этот день	Наименование вакцины				
	Число введенных доз в день вакцинации приведшей к осложнению или реакции				
	Число введенных доз с момента получения данной серии				
	Дата получения				
	Серия				
	Срок годности				
	Количество полученных доз				
	Остаток				

1. Когда проводилась вакцинация пациента? (✓ ☐ - отметьте нужное для ВСЕХ вопросов)

☐ Одна из первых прививок рабочей смены ☐ Одна из последних прививок рабочей смены ☐ Неизвестно

Если использовались многодозовые флаконы, получил ли пациент ☐ одну из первых доз из флакона? ☐ одну из последних доз из флакона? ☐ Неизвестно

2. Допущена ли ошибка при назначении или соблюдении рекомендаций по применению этой вакцины?

☐ да
☐ нет

3. Соблюдена ли техника вакцинации?

☐ да
☐ нет
☐ Невозможно оценить

4. Оценивалось ли физическое состояние вакцины (цвет, мутность, инородные примеси и т.д.)?

☐ да
☐ нет
☐ Невозможно оценить

5. Соблюдена ли инструкция при разведении или подготовке вакцины (напр., неверный препарат, неверный раствор для разведения, неправильное смешивание, неправильное заполнение шприца и т.д.)?	☐ да ☐ нет ☐ Невозможно оценить
6. Соблюдены ли требования холодовой цепи при транспортировке, хранении или в ходе вакцинации?	☐ да ☐ нет ☐ Невозможно оценить
7. Соблюдена ли техника вакцинации (напр., неверная доза, неправильное место или способ введения, неверный размер иглы, несоблюдение надлежащей практики инъекций и т.д.)?	☐ да ☐ нет ☐ Невозможно оценить

**Обязательно представьте разъяснения по этим ответам на отдельных листах*

РАЗДЕЛ Д Практика иммунизации в учреждении(-ях), где применялась рассматриваемая вакцина <i>(Заполните этот раздел по результатам расспросов и/или наблюдений за процедурами на практике)</i>				
Используемые шприцы и иглы:				
• Используются ли для вакцинации самоблокирующиеся (СБ) шприцы?		☐ да ☐ нет ☐ Неизв.		
Если нет, укажите, какие применяются типы шприцев:		☐ Многоцветные ☐ Одноразовые ☐ Одноразовые, но применяемые повторно ☐ Другое		
Основные полученные сведения/дополнительные наблюдения и комментарии: _____ _____ _____ _____ _____ _____				
Разведение (восстановление) вакцины: (заполняется только если применимо, ✓, отметьте НП, если не применимо)				
• Процедура разведения (восстановления) вакцины (✓)		Статус		
Используется ли один и тот же шприц для разведения одной и той же вакцины в нескольких флаконах? Используется ли один и тот же шприц для разведения разных вакцин? Используется ли отдельный шприц для разведения для каждого флакона с вакциной? Используется ли отдельный шприц для разведения при каждой прививке?	Д а	Нет	НП	
	Д а	Нет	НП	
	Д а	Нет	НП	
	Д а	Нет	НП	
• Используются ли именно те вакцины и растворы для их разведения, которые рекомендованы производителем?		Д а	Нет	НП
Раздел Е Холодовая цепь и транспортировка <i>(Заполните этот раздел по результатам расспросов и/или наблюдения за процедурами на практике)</i>				

Последний пункт хранения вакцины:		
• Осуществляется ли мониторинг температуры в холодильнике для хранения вакцин?		☐ да ☐ нет
○ Если да, отмечались ли какие-либо отклонения в температуре, выходящие за пределы +2—+8° С, после помещения вакцины в холодильник?		☐ да ☐ нет
○ Если да, приложите результаты мониторинга температурного режима.		
• Соблюдались ли надлежащие процедуры хранения вакцин, растворов для разведения и шприцев?		☐ да ☐ нет ☐ Неизв.
• Хранятся ли в холодильнике или морозильнике другие препараты/товары (отличные от вакцин и растворов для разведения вакцин)?		☐ да ☐ нет ☐ Неизв.
• Обнаружены ли в холодильнике частично использованные восстановленные вакцины?		☐ да ☐ нет ☐ Неизв.
• Обнаружены ли в холодильнике какие-либо вакцины, не пригодные для использования (с истекшим сроком годности, без маркировки, замороженные) вакцины?		☐ да ☐ нет ☐ Неизв.
• Обнаружены ли на складе какие-либо растворы для разведения, не пригодные для использования (с истекшим сроком годности, не соответствующие нужному производителю, в треснутых ампулах, загрязненных ампулах)?		☐ да ☐ нет ☐ Неизв.
Транспортировка вакцины:		
• Тип сумки-холодильника, который применялся для транспортировки вакцины		
• Была ли сумка-холодильник отправлена на прививочный пункт в тот день, когда проводилась вакцинация?		☐ да ☐ нет ☐ Неизв.
• Была ли сумка-холодильник возвращена из прививочного пункта в тот день, когда проводилась вакцинация?		☐ да ☐ нет ☐ Неизв.
• Использовались ли подготовленные (кондиционированные) хладоэлементы?		☐ да ☐ нет ☐ Неизв.
Раздел Ж Расследование на межмуниципальном уровне (заполняется Межмуниципальными центрами иммунопрофилактики)		
Сообщалось ли в том же населенном пункте о каких-либо аналогичных проявлениях		☐ да ☐ нет ☐ Неизв.
Если да, представьте информацию: Сколько случаев _____ Сколько пострадало _____ Сколько привито данной серией		

Сообщалось ли о каких-либо аналогичных проявлениях на территориях закрепленных за данным межмуниципальным центром	☐ да ☐ нет ☐ Неизв.
Если да, представьте информацию: Сколько случаев _____ Сколько пострадало _____ Сколько привито _____ данной _____ серией	