МЕДИЧНА КАРТА

ВОЛОВЕЦЬ Марія ОЛЕКСІЇВНА

01.01.2025

Домашня адреса

ЛІКУВАЛЬНА УСТАНОВА

Назва поліклініки

адреса







ЗАТВЕРДЖЕНО
Наказ Міністерства охорони здоров'я України
28 липня 2014 року № 527
(у редакції наказу
Міністерства охорони здоров'я України
від 12 березня 2026 року № 312)

Найменування міністерства, іншого органу виконавчої влади, підприємства, установи, організації, до сфери управління якого (якої) належить заклад охорони здоров'я _____ _____ Найменування та місцезнаходження (повна поштова адреса) закладу охорони здоров'я, де заповнюється форма _____ _____ Код за ЄДРПОУ	**МЕДИЧНА ДОКУМЕНТАЦІЯ** Форма первинної облікової документації **№ 112/о** **ЗАТВЕРДЖЕНО** Наказ МОЗ України №

Історія розвитку дитини № _____

Група крові		Випадки алергічних реакцій (на медикаменти, продукти харчування, вакцини тощо), алергічні захворювання (вписати)
Резус-приналежність		

1. Прізвище _____

власне ім'я _____ по батькові (за наявності) _____

2. Дата народження _____ (число, місяць, рік) 3. Стать: чоловіча – 1, жіноча – 2 _____

4. Місце проживання (перебування): область _____, район _____,

місто (село) _____, вулиця _____,

будинок _____, квартира _____, контактний телефон _____

5. Серія та номер свідоцтва про народження _____, реєстраційний номер облікової картки платника податків (за наявності) _____

7. Взятий(а) на облік у цьому закладі охорони здоров'я	Захворювання, з приводу якого взятий(а) на облік
_____ (число, місяць, рік) _____ (число, місяць, рік) _____ (число, місяць, рік) _____ (число, місяць, рік)	....

6. Відмітка про відвідування закладу освіти

Дата оформлення у заклад освіти	Вік дитини	Найменування закладу освіти	Вибув(ла) з закладу освіти (дата)

8. Знятий(а) з обліку	Причина, з якої знятий(а) з обліку (при переїзді вказати куди вибув(ла))
_____ (число, місяць, рік) _____ (число, місяць, рік) _____ (число, місяць, рік) _____ (число, місяць, рік)	....

I. ДАНІ ПРО СІМ'Ю				
Батьки і діти	Прізвище, власне ім'я, по батькові (за наявності)	Рік народження	Контактна інформація	Наявність хронічних, спадкових захворювань, алергічні реакції (за наявності)
Мати (інший законний представник)				
Батько (інший законний представник)				
Діти				
1.1. Хронічні захворювання в інших осіб, які проживають з дитиною				
1.2. Додаткові дані				

II. ДАНІ ПРО НОВОНАРОДЖЕНОГО

Дата виписки з пологового будинку _____	Дата отримання повідомлення про новонародженого з пологового будинку (відділення) _____
Місце для приклеювання талона 3 обмінної карти пологового будинку, пологового відділення лікарні.	

ІІІ. ЛИСТОК ЗАПИСУ ЗАКЛЮЧНИХ (УТОЧНЕНИХ) ДІАГНОЗІВ*

Дата звернення (число, місяць, рік)	Вік	Заключні (уточнені) діагнози (відмітити «+» або «–»)	Вперше встановлений діагноз (відмітити знаком «+»)	Прізвище та підпис лікаря
1	2	3	4	5

*Кількість сторінок повинна бути не менше 2.

ІІІ. ЛИСТОК ЗАПИСУ ЗАКЛЮЧНИХ (УТОЧНЕНИХ) ДІАГНОЗІВ*

Дата звернення (число, місяць, рік)	Вік	Заключні (уточнені) діагнози (відмітити «+» або «–»)	Вперше встановлений діагноз (відмітити знаком «+»)	Прізвище та підпис лікаря
1	2	3	4	5

*Кількість сторінок повинна бути не менше 2.

IV. ІНФОРМАЦІЯ ПРО ГОСПІТАЛІЗАЦІЮ				
Дата госпіталізації (число, місяць, рік)	Найменування закладу охорони здоров'я, відділення	Заключний діагноз	Дата виписки із закладу охорони здоров'я (число, місяць, рік)	Підпис лікаря

V. ПЕРШИЙ МЕДИЧНИЙ ОГЛЯД НОВОНАРОДЖЕНОГО ВДОМА

5.1. АНАМНЕЗ. Дитина (хлопчик/дівчинка) від _____ вагітності, доношена/недоношена, пологи: фізіологічні/патологічні, строкові/передчасні
(необхідне підкреслити, вписати)

Гестаційний вік _____ тижнів, вага при народженні _____ г, вага при виписці _____ г, вага при огляді _____ г, довжина тіла _____ см,
окружність голови _____ см, шкала по Апгар _____.

Щеплення: БЦЖ – (+), (-) _____. Проведення неонатального скринінгу – (+), (-) _____.
(якщо не проводилось – вказати причину) (якщо не проводився – вказати причину)

5.2. ОГЛЯД ОРГАНІВ ТА СИСТЕМ. Загальний стан дитини: задовільний, середньої важкості, тяжкий, температура тіла _____ °С.
(необхідне підкреслити, вписати)

Форма голови _____, тім'ячко велике _____, тім'ячко мале _____, черепні шви _____.

Положення: активне, вимушене _____, м'язовий тонус кінцівок: помірний гіпертонус, гіпертонус, гіпотонус _____,
рухи: симетричні, несиметричні, виражені безумовні рефлекси: пошуковий, хоботків, хапальний, Моро, повзання _____,
реакція: на світло – (+), (-); на звук – (+), (-) _____, стигми дисембріогенезу _____.

Шкіра: чиста, рожева, блідо-рожева, бліда, ціаноз _____.

Наявність: висипання _____, жовтяниці (інтенсивність та поширеність) _____.

Стан слизової порожнини рота: чиста, гіперемована, уражена молочницею _____. Виділення з очей: відсутні, прозорі, гнійні _____.

Пуповинний залишок: підсихає, сухий, чистий, кровоточить/не кровоточить, гнійні виділення, почервоніння _____, клема – (+), (-).

Органи дихання: грудна клітка симетрична _____, частота дихання _____,
утягнення грудної клітки – (+), (-), апное – (+), (-).

Серцево-судинна система: серцевий ритм (ритмічний/неритмічний) _____, частота серцевих скорочень _____,
пульс на стегнових артеріях: достатнього наповнення, пальпується симетрично з обох боків _____.

Живіт: округлої форми, м'який, здутий _____.

Органи травлення: печінка _____ см, нижній край _____, селезінка: не пальпується, збільшена _____.

Сечостатева система: статеві органи: жіночого типу, чоловічого типу, статеві органи хлопчика – обидва яєчка в калитці _____,
випорожнення _____, сечовиділення _____.

Кістково-м'язова система: розведення ніг у кульшовому суглобі: повне, обмежене _____,
вкорочення нижньої кінцівки – (+), (-) _____, симптом Ортолані – (+), (-) _____, симптом Барлоу – (+), (-) _____,
асиметрія складок на стегнах – (+), (-) _____, неоднакова кількість складок на стегнах _____.

Вроджені аномалії розвитку дитини _____.

5.3. ХАРАКТЕР ВИГОДОВУВАННЯ. Грудне / змішане / штучне (за формулою): _____,
прикладання до грудей (ефективне/неефективне) _____, стан грудних залоз матері _____,
на вимогу/за графіком _____ разів на добу по _____ мл. _____.

5.4. ПРОФІЛАКТИКА.

РАХІТУ (за потребою) _____

(вказати призначення – вітамін D (доза, тривалість прийому)

5.5. ОЗНАКИ, ЗАГРОЗЛИВІ ДЛЯ ЖИТТЯ ДИТИНИ, ПРИ ВИНИКНЕННІ ЯКИХ СЛІД НЕГАЙНО ЗВЕРНУТИСЯ ЗА МЕДИЧНОЮ ДОПОМОГОЮ.

поганий апетит (чи може дитина смоктати);
рухова активність тільки при стимуляції;
температура тіла ≥ 37,5 °С;
температура тіла < 35,5 °С;
частота дихання ≥ 60 на хвилину;
видих зі стогоном;
значне утягнення грудної клітки під час видихання;
судоми;
жовтяниця долонь та ступень у будь-якому віці.

5.6. ОЦІНКА СІМЕЙНОГО СЕРЕДОВИЩА ТА КОНСУЛЬТАЦІЯ ДЛЯ БАТЬКІВ.

5.6.1. Індикативне інтерв'ю ____ (так/ні).
5.6.2. Консультування з питань післяпологового відновлення ____ (так/ні).
5.6.3. Оцінка емоційного стану батьків, виявлення ризику післяпологової депресії _____ (виявлено/ні).
5.6.4. Консультування з питань сексуального та репродуктивного здоров'я ____ (так/ні).
5.6.5. Консультування з питань щодо здорового способу життя ____ (так/ні).
5.6.6. Налагодження грудного вигодовування ____ (так/ні).
5.6.7. Консультування щодо профілактики інфекційних хвороб, вакцинації, зокрема стосовно необхідності проведення дитині обов'язкових профілактичних щеплень ____ (так/ні).
5.6.8. Оцінка та консультування з основ догляду за новонародженим ____ (так/ні):
5.6.8.1. емоційний контакт сім'ї з дитиною ____ (так/ні);
5.6.8.2. дотримання теплового режиму з метою попередження гіпотермії новонародженого ____ (так/ні);
5.6.8.3. догляд за пупковою ранкою, пуповинним залишком ____ (так/ні);
5.6.8.4. організація безпечного середовища для дитини, профілактики травматизму, виявлення соціально-побутових ризиків _____ (виявлено/не виявлено) _____;
5.6.8.5. профілактика рахіту, анемії, ознак та станів, загрозливих для життя дитини, профілактика синдрому раптової смерті (вкладати дитину спати, не курити в приміщенні, де знаходиться дитина, уникати перегрівання) ____ (так/ні);
5.6.8.6. інші питання гігієни.

5.7. ЗАГАЛЬНИЙ ВИСНОВОК. (виявлення в дитини відхилень від показників розвитку, які можуть свідчити про ризики виникнення порушень розвитку чи інші ризики, які можуть вплинути на стан здоров'я чи нормальний фізичний і психічний розвиток дитини) _____ (так/ні).

_____ (вказати, які).

Наступний огляд _____ (вік дитини) вдома / в закладі охорони здоров'я (далі – ЗОЗ) _____, плановий/позаплановий _____.

Дата спостереження _____ (число, місяць, рік)

Медичний працівник _____ (прізвище, власне ім'я, підпис)

Лікар з надання первинної медичної допомоги (далі – ПМД) (у разі здійснення ним візиту) _____

VI. ЛИСТОК ОБЛІКУ МЕДИЧНОГО СПОСТЕРЕЖЕННЯ ЗА РОЗВИТКОМ ДИТИНИ ДО 4-х РОКІВ

Дати профілактичних оглядів дитини лікарем з надання ПМД і спостережень медичного працівника з медичного спостереження (медичного працівника)

Лікар з надання ПМД (лікар) або медичний працівник		Вік дитини при огляді														
		місяці 1-го року життя											місяці 2-го року життя		Роки	
		3-7 днів	1	1,5	2	3	4	5	6	9	11	12	18	24	3	4
		Дата огляду дитини														
Лікар планово	в ЗОЗ															
	вдома															
Лікар – позапланові амбулаторні прийоми																
Лікар (прізвище, власне ім'я, підпис)																
Медичний працівник планово	в ЗОЗ															
	вдома															
Медичний працівник позапланові візити	в ЗОЗ															
	вдома															
Медичний працівник (прізвище, власне ім'я, підпис)																

VII. РЕЗУЛЬТАТИ ВІЗИТІВ МЕДИЧНОГО ПРАЦІВНИКА З МЕДИЧНОГО СПОСТЕРЕЖЕННЯ

Інформація про виконання завдань з медичного спостереження		Вік дитини під час візиту														
		Місяці візиту (для універсального спостереження)										Додаткові візити (для прогресивного спостереження)				
		3-7 днів	1	1,5	2	3	4	5	6	11	18					
		Дата візиту														
Візит медичного працівника	в ЗОЗ															
	вдома															
Консультування щодо профілактики інфекційних хвороб, вакцинації																
Оцінка вигодовування дитини, консультування щодо грудного вигодовування / здорового харчування																
Консультування з основ базового догляду за дитиною																
Оцінка та консультування з організації безпечного середовища для дитини, профілактики травматизму, виявлення соціально-побутових ризиків																
Консультування з питань профілактики рахіту, анемії, синдрому раптової смерті, ознак та станів загрозливих для життя дитини																
Оцінка емоційного стану батьків, консультування з питань сексуального та репродуктивного здоров'я; консультування з питань щодо здорового способу життя																
Інші консультації та завдання (вказати, які)																
Медичний працівник (прізвище, власне ім'я, підпис)																

VIII. КАРТА ОБЛІКУ ПРОФІЛАКТИЧНИХ ЩЕПЛЕНЬ, ПОБІЧНИХ РЕАКЦІЙ ПІСЛЯ ЗАСТОСУВАННЯ ВАКЦИН ТА МЕДИЧНИХ ПРОТИПОКАЗАНЬ ТА ЗАСТЕРЕЖЕНЬ ДО ПРОВЕДЕННЯ ЩЕПЛЕНЬ

1. ЩЕПЛЕННЯ ЗА ВІКОМ, З ПОРУШЕННЯМ КАЛЕНДАРЯ ПРОФІЛАКТИЧНИХ ЩЕПЛЕНЬ

Щеплення проти		Дата проведення щеплення	Вік дитини	Торговельна назва препарату	Найменування виробника	Серія	Термін придатності	Спосіб уведення	Місце уведення	Доза	Побічні реакції після застосування вакцин (клінічні прояви, строки)
1	2	3	4	5	6	7	8	9	10	11	12
Гепатиту В	1-ша										
	2-га										
	3-тя										
	4-та										
Туберкульозу	одна										
Поліомієліту	1-ша										
	2-га										
	3-тя										
	4-та										
	5-та										
Кашлюку, дифтерії, правця	1-ша										
	2-га										
	3-тя										
	4-та										
Дифтерії, правця											
Інфекції, спричиненої Haemophilus influenzae типу b	1-ша										
	2-га										
	3-тя										
	4-та										
Кору, епідемічного паротиту, краснухи	1-ша										
	2-га										
Папіломавірусної інфекції	1-ша										
	2-га										
	3-тя										

2. ЩЕПЛЕННЯ ЗА СТАНОМ ЗДОРОВ'Я, РЕКОМЕНДОВАНІ, ЩЕПЛЕННЯ ЯКІ ПРОВЕДЕНІ НА ЕНДЕМІЧНИХ І ЕНЗООТИЧНИХ ТЕРИТОРІЯХ ТА ЗА ЕПІДЕМІЧНИМИ ПОКАЗАННЯМИ											
Щеплення проти		Дата проведення щеплення	Вік дитини	Торговельна назва препарату	Найменування виробника	Серія	Термін придатності	Спосіб уведення	Місце уведення	Доза	Побічні реакції після застосування вакцин (клінічні прояви та строки їх розвитку)
1	2	3	4	5	6	7	8	9	10	11	12

Найменування проби		Дата проведення	Вік дитини	Доза	Серія	Результат
1		2	3	4	5	6
Реакція Манту	1					
	2					
	3					
	4					
	5					
	6					
	7					
	8					
	9					
	10					
	11					
	12					
	13					
	14					

_____
(прізвище, власне ім'я та підпис медичного працівника, який заповнює цей розділ)

3. РЕАКЦІЯ МАНТУ, МЕДИЧНІ ПРОТИПОКАЗАННЯ ТА ЗАСТЕРЕЖЕННЯ ДО ПРОВЕДЕННЯ ПРОФІЛАКТИЧНИХ ЩЕПЛЕНЬ

Щеплення проти		Встановлення медичного протипоказу до проведення щеплення		
		дата	обґрунтування причини	вказати на який термін
1	2	3	4	5

IX. РЕЗУЛЬТАТИ МЕДИЧНОГО СПОСТЕРЕЖЕННЯ ДИТИНИ 1-го РОКУ ЖИТТЯ (ПЛАНОВІ ЗАХОДИ)										
Дата огляду										
Вік дитини	1 місяць		1,5 місяці		2 місяці		3 місяці		4 місяці	
Маса (вага)										
Довжина тіла										
Окружність голови										
Розмір великого тім'ячка										
Вид вигодовування (грудне, змішане, за формулою (штучне)										
Фізичний розвиток										
Нервово-психічний розвиток										
Огляд лікаря з надання ПМД (висновок)										
Огляд лікарів-спеціалістів (за показаннями) (висновок)										
Візит медичного працівника (виявлені відхилення від показників розвитку)										
Виявлені інші ризики, які можуть вплинути на стан здоров'я чи нормальний фізичний і психічний розвиток дитини										
Виявлені соціальні ризики (складні життєві обставини, насильство в сім'ї)										
Лікар (прізвище, власне ім'я, підпис)										
Медичний працівник (прізвище, власне ім'я, підпис)										

IX. РЕЗУЛЬТАТИ МЕДИЧНОГО СПОСТЕРЕЖЕННЯ ДИТИНИ 1-го РОКУ ЖИТТЯ (ПЛАНОВІ ЗАХОДИ)										
Дата огляду										
Вік дитини	5 місяців		6 місяців		9 місяців		11 місяців		12 місяців	
Маса (вага)										
Довжина тіла										
Окружність голови										
Розмір великого тім'ячка										
Грудне вигодовування (так/ні)										
Стан харчування										
Фізичний розвиток										
Нервово-психічний розвиток										
Огляд лікаря з надання ПМД (висновок)										
Огляд лікарів-спеціалістів (за показаннями) (висновок)										
Візит медичного працівника (виявлені відхилення від показників розвитку)										
Виявлені інші ризики, які можуть вплинути на стан здоров'я чи нормальний фізичний і психічний розвиток дитини										
Виявлені соціальні ризики (складні життєві обставини, насильство в сім'ї)										
Лікар (прізвище, власне ім'я, підпис)										
Медичний працівник (прізвище, власне ім'я, підпис)										

IX. РЕЗУЛЬТАТИ МЕДИЧНОГО СПОСТЕРЕЖЕННЯ ДИТИНИ 1-го РОКУ ЖИТТЯ (ПОЗАПЛАНОВІ)												
Дата огляду												
Вік дитини												
Маса (вага)												
Довжина тіла												
Окружність голови												
Розмір великого тім'ячка												
Грудне вигодовування (так/ні)												
Стан харчування												
Фізичний розвиток												
Нервово-психічний розвиток												
Огляд лікаря з надання ПМД (висновок)												
Огляд лікарів-спеціалістів (за показаннями) (висновок)												
Візит медичного працівника (виявлені відхилення від показників розвитку)												
Виявлені інші ризики, які можуть вплинути на стан здоров'я чи нормальний фізичний і психічний розвиток дитини												
Виявлені соціальні ризики (складні життєві обставини, насильство в сім'ї)												
Лікар (прізвище, власне ім'я, підпис)												
Медичний працівник (прізвище, власне ім'я, підпис)												

X. РЕЗУЛЬТАТИ МЕДИЧНОГО СПОСТЕРЕЖЕННЯ ДИТИНИ 2-го – 4-го РОКІВ ЖИТТЯ						
	місяці 2-го року життя		Роки		Додаткові (за необхідності)	
Вік дитини	18	24	3	4		
Дата огляду						
Маса (вага)						
Зріст (довжина тіла)						
Індекс маси тіла	*					
Окружність голови						
Грудне вигодовування (так/ні)			*	*		
Стан харчування						
Фізичний розвиток						
Нервово-психічний розвиток						
Огляд лікаря з надання ПМД (висновок)						
Огляд лікарів-спеціалістів (за показаннями) (висновок)						
Візит медичного працівника (виявлені відхилення від показників розвитку)						
Виявлені інші ризики, які можуть вплинути на стан здоров'я чи нормальний фізичний і психічний розвиток дитини						
Виявлені соціальні ризики (складні життєві обставини, насильство в сім'ї)						
Лікар (прізвище, власне ім'я, підпис)						
Медичний працівник (прізвище, власне ім'я, підпис)						

XI. ПРОФІЛАКТИЧНІ ОГЛЯДИ ТА РЕЗУЛЬТАТИ ОГЛЯДІВ ДИТИНИ ВІД 4-х ДО 7-ми РОКІВ (6 років 11 місяців 29 днів)				
Вік дитини	4 роки	5 років	6 років	7 років
Дата огляду				
Маса (вага)				
Зріст				
Індекс маси тіла				
Фізичний розвиток, окружність грудної клітки, оцінка постави, оцінка склепіння стопи				
Гострота зору, слуху (шепітлива мова)				
Нервово-психічний розвиток, оцінка досягнення ключових показників розвитку				
Огляди: лікаря з надання ПМД				
Стоматолога				
Інших лікарів-спеціалістів (за показаннями)				
Лабораторні дослідження: крові (загальний, на визначення рівня глюкози), сечі, інші (за показаннями)				
Допуск до занять із фізкультури (група)				
Висновок, призначення				
Лікар (прізвище, власне ім'я, підпис)				

XII. ПРОФІЛАКТИЧНІ ОГЛЯДИ ТА РЕЗУЛЬТАТИ ОГЛЯДІВ ДИТИНИ ВІД 8-ми ДО 12-ти РОКІВ (11 років 11 місяців 29 днів)					
Вік дитини	8 років	9 років	10 років	11 років	12 років
Дата огляду					
Маса (вага)					
Зріст					
Індекс маси тіла					
Фізичний розвиток та статеве дозрівання, окружність грудної клітки, оцінка постави, оцінка склепіння стопи					
Гострота зору, слуху (шепітлива мова)					
Нервово-психічний розвиток, оцінка досягнення ключових показників розвитку					
Огляди: лікаря з надання ПМД					
Стоматолога					
Інших лікарів-спеціалістів (за показаннями)					
Лабораторні дослідження: крові (загальний, на визначення рівня глюкози), сечі, інші (за показаннями)					
Допуск до занять із фізкультури (група)					
Висновок, призначення					
Лікар (прізвище, власне ім'я, підпис)					

XIII. ПРОФІЛАКТИЧНІ ОГЛЯДИ ТА РЕЗУЛЬТАТИ ОГЛЯДІВ ДИТИНИ ДО 17-ти РОКІВ (включно)					
Вік дитини	13 років	14 років	15 років	16 років	17 років
Дата огляду					
Маса (вага)					
Зріст					
Індекс маси тіла					
Фізичний розвиток та статеве дозрівання, окружність грудної клітки, оцінка постави, оцінка склепіння стопи					
Гострота зору					
Нервово-психічний розвиток, оцінка досягнення ключових показників розвитку					
Огляди: лікаря з надання ПМД					
Стоматолога					
Інших лікарів-спеціалістів (за показаннями)					
Лабораторні дослідження: крові (загальний, на визначення рівня глюкози), сечі, інші (за показаннями)					
Допуск до занять із фізкультури (група)					
Висновок, призначення					
Лікар (прізвище, власне ім'я, підпис)					

XIV. ЛИСТОК ПОТОЧНИХ СПОСТЕРЕЖЕНЬ*			
Дата і місце огляду	Анамнез, дані щодо фізичного розвитку, клінічні дані, висновки спеціалістів	Діагноз	Призначення**
1	2	3	4

*Кількість сторінок повинна бути не менше 20.
**Запис кожного відвідування підкреслюється лінією і завіряється підписом лікаря-спеціаліста або медичного працівника з вказівкою прізвища.

МІСЦЕ ДЛЯ ПІДКЛЕЮВАННЯ РЕЗУЛЬТАТІВ АНАЛІЗІВ І ДОВІДОК

В.о. директора Департаменту медичних послуг
Міністерства охорони здоров'я України **Валерія СОРУЧАН**

{Форма в редакції Наказу Міністерства охорони здоров'я № 312 від 12.03.2026, з урахуванням змін, внесених Наказом Міністерства охорони здоров'я № 440 від 02.04.2026}

Календар профілактичних щеплень

Щеплення за віком за кошти державного бюджету · чинний з 1 січня 2026 року · 11 інфекцій

Додаток 1
до форми первинної облікової документації № 112/о

ІНФЕКЦІЯ / ВІК	24 год після народження	2 міс	4 міс	6 міс	12 міс	18 міс	4 роки	6 років	12–13 років	16 років	кожні 10 років · дорослі
Туберкульоз БЦЖ	1										
Гепатит В ВГВ		1	2	3		4					
Кашлюк, дифтерія, правець АКДП · АДП		1	2	3		4		5 Д+П		6 Д+П	↻ Д+П
Hib-інфекція гемофільна інфекція типу b		1	2	3		4					
Поліомієліт ІПВ, інактивована вакцина		1	2	3		4		5			
Кір, паротит, краснуха КПК					1		2				
Вірус папіломи людини ВПЛ, дівчата, одна доза									1		

ЯК ЧИТАТИ

Цифра в колі — номер дози. Пунктирне коло — дози у 2, 4, 6 і 18 міс можна ввести комбінованою вакциною (АКДП + Hib + ВГВ, за потреби + ІПВ), щоб зменшити кількість ін'єкцій і візитів.

Д+П — щеплення проти дифтерії та правця (у 6 і 16 років), далі ревакцинація дорослих кожні 10 років (↻).

ГРУПИ РИЗИКУ

Гепатит В: дітям із груп ризику — додатково щеплення в перший день життя.

ВПЛ: дівчатам 12–13 років; для груп ризику — з 9 років.

БЦЖ: якщо не зроблено в пологовому відділенні — до 18 років.

ПРОПУЩЕНІ ДОЗИ

Починати курс спочатку не потрібно. Лікар первинної медичної допомоги складе індивідуальний графік наздоганяючої вакцинації.

Кілька ін'єкцій можна робити за один візит — у різні ділянки тіла або в одну, на відстані щонайменше 2,5 см.

Джерело: МОЗ України, Національний календар профілактичних щеплень (зміни, чинні з 01.01.2026) · moz.gov.ua/uk/kalendar-profilaktichnih-scheplen

Інформаційний матеріал, не замінює консультації лікаря

Рекомендовані щеплення

Передбачені Календарем щеплень МОЗ, але не забезпечуються коштом державного бюджету · вакцинація за власний кошт

Додаток 2
до форми первинної облікової документації № 112/о

ІНФЕКЦІЯ / ВІК	2 міс	4 міс	6 міс	9 міс	12 міс	18 міс	2–3 роки	4 роки	6 років	9–15 років	16 років	дорослі
Ротавірусна інфекція краплі в рот, 2–3 дози	1	2	3									
Пневмококова інфекція з 6 тижнів; схема залежить від віку	кількість доз залежить від віку початку											60+
Менінгококова інфекція серогрупа B · серогрупи A, C, W, Y	B — з 2 міс; ACWY — з 6 тиж або з 9 міс (за препаратом)									підлітки		
Вітряна віспа 2 дози					1	друга доза — за інструкцією до вакцини						
Гепатит А 2 дози з інтервалом 6–12 міс					1	2						
Грип щороку, у вересні–жовтні	↻	↻	↻	↻	↻	↻	↻	↻	↻	↻	↻	↻
Кашлюк разом із ревакцинацією Д+П									+		+	+
Вірус папіломи людини з 9 років, поза держпрограмою										хлопці та дівчата · дорослі		

ЯК ЧИТАТИ

● — доза у визначеному віці; ◌ — додаткова доза, залежно від вакцини.

▭ — вікове «вікно»: коли можна розпочати щеплення. Точну схему й кількість доз визначає лікар згідно з інструкцією до вакцини.

↻ — щорічно; + — додатково до ревакцинації проти дифтерії та правця.

ЗА ЕПІДЕМІЧНИМИ ПОКАЗАННЯМИ

Кліщовий енцефаліт, сказ — у певних ситуаціях (мешкання чи подорожі в ендемічні регіони, укус тварини тощо).

Вагітним рекомендовано щеплення проти грипу та кашлюку, дифтерії й правця. **Після 60 років** — грип щороку та пневмококова вакцина.

ДЕ ЗРОБИТИ

Вакцини можна придбати власним коштом в аптеці або отримати в приватних та комунальних закладах охорони здоров'я, що мають дозвіл на вакцинацію.

Рекомендовані щеплення можна поєднувати з плановими за один візит — порадьтеся з лікарем ПМД.

Джерела: Календар профілактичних щеплень МОЗ (чинний з 01.01.2026); Національний портал з імунізації — «Календар щеплень-2026. Щеплення, які не забезпечуються коштом держбюджету» (vaccine.org.ua)

Інформаційний матеріал, не замінює консультації лікаря

БЛОК ЧИСТИХ АРКУШІВ ДЛЯ ЗАПИСІВ



PRINTBYJUL.COM.UA