

Штамп МО ДЗМ,
выдавшей выписку из протокола ИК

**Выписка
из протокола заседания иммунологической комиссии
(заключение иммунологической комиссии)**

Протокол № _____ от _____

Фамилия _____

Имя _____

Отчество (при наличии) _____

Дата рождения (день, месяц, год) _____

Пол (мужской/женский) _____

Адрес места жительства _____

Сведения о документе, удостоверяющем личность _____

Страховой номер индивидуального лицевого счета _____

Полис обязательного медицинского страхования _____

Заключение иммунологической комиссии:

Направительный диагноз для рассмотрения случая наличия/отсутствия
медицинских противопоказаний к вакцинации

_____ (наименование и код МКБ-10)

Обоснование установленного диагноза _____

Вид медицинского отвода _____

Тип медицинского отвода _____

Инфекция _____

Препарат _____

Предлагаемый срок установления:

Дата начала _____

Дата окончания _____

Направлен на консультацию в ГБУЗ «ЦМП ДЗМ» _____ (дата)

Решение иммунологической комиссии _____

Для подтвержденных отводов:

Диагноз-основание наличия медицинских противопоказаний к вакцинации

Срок медицинского отвода до _____

Для отклоненных отводов:

Принято решение об отсутствии медицинских противопоказаний к вакцинации

Для отводов, требующих консультации ЦМП:

Необходимо пройти консультацию в ГБУЗ ЦМП ДЗМ – в срок до _____

Дата формирования выписки (число, месяц, год) _____

ФИО врача, направившего пациента на ИК

ФИО членов иммунологической комиссии

ФИО специалиста ГБУЗ «ЦМП ДЗМ»

ФИО Главного внештатного специалиста ДЗМ

Секретарь комиссии МО (ФИО, подпись) _____

Печать учреждения