

ЗАТВЕРДЖЕНО
Наказ Міністерства охорони
здоров'я України
28 липня 2014 року № 527
(у редакції наказу Міністерства
охорони здоров'я України
від _____ 2025 року № _____)

[illegible]

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 з обмінної карти пологового будинку, пологового відділення лікарні.

III. ЛИСТОК ЗАПISУ ЗАКЛЮЧНИХ (УТОЧНЕНИХ) ДІАГНОЗІВ*

[illegible]

*Кількість сторінок повинна бути не менше 2.

IV. ІНФОРМАЦІЯ ПРО ГОСПІТАЛІЗАЦІЮ

[illegible]

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 _____ °C.
(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 рефлекс: 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); видих зі стономом;
 рухова активність тільки при стимуляції; значне утягнення грудної клітки під час видихання;
 температура тіла $\geq 37,5^{\circ}\text{C}$; судоми;
 температура тіла $< 35,5^{\circ}\text{C}$; жовтяниця долонь та ступень у будь-якому віці.
 частота дихання ≥ 60 на хвилину;

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 (вкласти 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) _____

(прізвище, власне ім'я, підпис)

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)

[illegible]

[illegible]

[illegible]

2. ЩЕПЛЕННЯ ЗА СТАНОМ ЗДОРОВ'Я, РЕКОМЕНДОВАНІ, ЩЕПЛЕННЯ ЯКІ ПРОВЕДЕНІ НА ЕНДЕМІЧНИХ І ЕНЗООТИЧНИХ ТЕРИТОРІЯХ ТА ЗА ЕПІДЕМІЧНИМИ ПОКАЗАННЯМИ

[illegible]

Найменування проби	Дата проведення	Вік дитини	Доза	Серія	Результат	3. РЕАКЦІЯ МАНТУ, МЕДИЧНІ ПРОТИПОКАЗАННЯ ТА ЗАСТЕРЕЖЕННЯ ДО ПРОВЕДЕННЯ ПРОФІЛАКТИЧНИХ ЩЕПЛЕНЬ				
						Щеплення проти		Встановлення медичного протипоказу до проведення щеплення		
1	2	3	4	5	6	1	2	дата	обґрунтування причини	вказати на який термін
Реакція Манту	1									
	2									
	4									
	5									
	6									
	7									
	8									
	9									
	10									
	11									
	12									
	13									
	14									

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

ІХ. 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)					

ІХ. 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)					

ІХ. 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)						

Х. 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