

ЗАТВЕРДЖЕНО

Наказ Міністерства охорони здоров'я України

02 червня 2009 року N 378

(у редакції наказу Міністерства охорони здоров'я України
від 18 березня 2026 року N 336)

Звітність
План профілактичних щеплень на 20__ календарний рік

територіальність

| Подають: | Терміни подання |
|--|--|
| Заклади охорони здоров'я, фізичні особи - підприємці, які отримали ліцензію на провадження господарської діяльності з медичної практики - Міністерству охорони здоров'я Автономної Республіки Крим, структурним підрозділам з питань охорони здоров'я обласних, Київської та Севастопольської міських державних адміністрацій, центру контролю та профілактики хвороб відповідної адміністративно-територіальної одиниці | не пізніше ніж 10 січня звітного року; не пізніше ніж 10 січня року, наступного за звітним, - відкоригований за попередній звітний період |
| Центри контролю та профілактики хвороб узагальнені звіти на рівні регіонів - державній установі "Центр громадського здоров'я Міністерства охорони здоров'я України", Міністерству охорони здоров'я Автономної Республіки Крим, структурним підрозділам з питань охорони здоров'я обласних, Київської та Севастопольської міських державних адміністрацій | не пізніше ніж 01 лютого звітного року; не пізніше ніж 20 січня року, наступного за звітним, - відкоригований за попередній звітний період |
| Державна установа "Центр громадського здоров'я Міністерства охорони здоров'я України" узагальнений звіт | не пізніше ніж 25 лютого звітного року; не пізніше ніж 25 |

Форма N 6
(річна)
ЗАТВЕРДЖЕНО
Наказ МОЗ України
від 02 червня 2009
року N 378
(у редакції наказу
Міністерства охорони
здоров'я України
від 18 березня 2026
року N 336)

за погодженням
з Держстатом

| | |
|---|--|
| всієї території України - Міністерству охорони здоров'я України | січня року, наступного за звітним, - відкоригований за попередній звітний період |
|---|--|

Респондент:

Найменування / прізвище, власне ім'я, по батькові (за наявності): _____

Місцезнаходження / місце проживання: _____

(поштовий індекс, область /АР Крим, район, населений пункт, вулиця /провулок, площа, N будинку /корпусу, N квартири /офісу)

Найменування міністерства, іншого органу виконавчої влади, підприємства, установи, організації, до сфери управління якого (якої) належить респондент: _____

| Коди | | | |
|--|--|--|---|
| за ЄДРПОУ юридичної особи або реєстраційний номер облікової картки платника податків фізичної особи - підприємця (серію (за наявності) та номер паспорта зазначають фізичні особи - підприємці, які через свої релігійні переконання відмовляються від прийняття реєстраційного номера облікової картки платника податків та офіційно повідомили про це відповідний контролюючий орган і мають відмітку у паспорті | адміністративно-територіальної одиниці та території територіальної громади (КАТОТТГ) респондента | виду економічної діяльності (КВЕД) респондента | організаційно-правової форми господарювання (КОПФГ) |
| 1 | 2 | 3 | 4 |
| | | | |

Кількість осіб, які підлягають щепленням з урахуванням віку, порядкового номеру дози та вакцинального статусу осіб

Таблиця 1000

| № рядка | Найменування хвороб | Вік | Порядковий номер дози | Кількість осіб, які підлягають щепленню |
|----------------|--------------------------------------|--|------------------------------|--|
| A | B | C | D | 1 |
| 1 | Гепатит В (за віком) | 1 доба життя (за додатковими показами) | вакцинація 0 доза | |
| 2 | | до 1 року | вакцинація 3 доза | |
| 3 | | 18 місяців | вакцинація 4 доза | |
| 4 | Гепатит В (з порушенням календаря) | від 1 року до 6 років 11 місяців 29 днів | вакцинація 3 доза | |
| 5 | | від 7 років до 17 років 11 місяців 29 днів | вакцинація 3 доза | |
| 6 | Туберкульоз (за віком) | до 1 року | вакцинація | |
| 7 | Туберкульоз (з порушенням календаря) | від 1 року до 17 років 11 місяців 29 днів | вакцинація | |
| 8 | Кашлюк (за віком) | до 1 року | вакцинація 3 доза | |
| 9 | | 18 місяців | вакцинація 4 доза | |
| 10 | Кашлюк (з порушенням календаря) | від 1 року до 6 років 11 місяців 29 днів | вакцинація 3 доза | |
| 11 | | від 2 років до 6 років 11 місяців 29 днів | вакцинація 4 доза | |
| 12 | Дифтерія (за віком) | до 1 року | вакцинація 3 доза | |
| 13 | | 18 місяців | вакцинація 4 доза | |
| 14 | | 6 років | ревакцинація | |
| 15 | | 16 років | ревакцинація | |
| 16 | | дорослі | ревакцинація | |
| 17 | Дифтерія (з порушенням календаря) | від 1 року до 6 років 11 місяців 29 днів | вакцинація 3 доза | |
| 18 | | від 2 років до 6 років 11 місяців 29 днів | вакцинація 4 доза | |
| 19 | | від 7 років до 17 років 11 місяців 29 днів | вакцинація 3 доза | |
| 20 | | від 7 років до 17 років 11 місяців 29 днів | ревакцинація | |
| 21 | | дорослі | вакцинація 3 доза | |

| | | | | |
|----|--|--|---------------------|--|
| 22 | Правець (за віком) | до 1 року | вакцинація 3 доза | |
| 23 | | 18 місяців | вакцинація 4 доза | |
| 24 | | 6 років | ревакцинація | |
| 25 | | 16 років | ревакцинація | |
| 26 | | дорослі | ревакцинація | |
| 27 | Правець (з порушенням календаря) | від 1 року до 6 років 11 місяців 29 днів | вакцинація 3 доза | |
| 28 | | від 2 років до 6 років 11 місяців 29 днів | вакцинація 4 доза | |
| 29 | | від 7 років до 17 років 11 місяців 29 днів | вакцинація 3 доза | |
| 30 | | від 7 років до 17 років 11 місяців 29 днів | ревакцинація | |
| 31 | | дорослі | вакцинація 3 доза | |
| 32 | Поліомієліт (за віком) | до 1 року | вакцинація 3 доза | |
| 33 | | 18 місяців | вакцинація 4 доза | |
| 34 | | 6 років | ревакцинація | |
| 35 | Поліомієліт (з порушенням календаря) | від 1 року до 6 років 11 місяців 29 днів | вакцинація 3 доза | |
| 36 | | від 2 років до 6 років 11 місяців 29 днів | ревакцинація 4 доза | |
| 37 | | від 7 років до 17 років 11 місяців 29 днів | вакцинація 3 доза | |
| 38 | | від 7 років до 17 років 11 місяців 29 днів | ревакцинація 4 доза | |
| 39 | Інфекція, спричинена <i>Haemophilus influenzae</i> типу b (Hib) (за віком) | до 1 року | вакцинація 3 доза | |
| 40 | | 18 місяців | вакцинація 4 доза | |
| 41 | Інфекція, спричинена <i>Haemophilus influenzae</i> типу b (Hib) (з порушенням календаря) | від 1 року до 4 років 11 місяців 29 днів | вакцинація | |
| 42 | Кір (за віком) | 12 місяців | вакцинація 1 доза | |
| 43 | | 4 роки | вакцинація 2 доза | |
| 44 | Кір (з порушенням календаря) | від 2 років до 4 років 11 місяців 29 днів | вакцинація 1 доза | |

| | | | | |
|----|--|---|-------------------|--|
| 45 | | від 5 років до 17 років 11 місяців 29 днів | вакцинація 1 доза | |
| 46 | | від 5 років до 17 років 11 місяців 29 днів | вакцинація 2 доза | |
| 47 | Епідемічний паротит (за віком) | 12 місяців | вакцинація 1 доза | |
| 48 | | 4 роки | вакцинація 2 доза | |
| 49 | Епідемічний паротит (з порушенням календаря) | від 2 років до 4 років 11 місяців 29 днів | вакцинація 1 доза | |
| 50 | | від 5 років до 17 років 11 місяців 29 днів | вакцинація 1 доза | |
| 51 | | від 5 років до 17 років 11 місяців 29 днів | вакцинація 2 доза | |
| 52 | Краснуха (за віком) | 12 місяців | вакцинація 1 доза | |
| 53 | | 4 роки | вакцинація 2 доза | |
| 54 | Краснуха (з порушенням календаря) | від 2 років до 4 років 11 місяців 29 днів | вакцинація 1 доза | |
| 55 | | від 5 років до 17 років 11 місяців 29 днів | вакцинація 1 доза | |
| 56 | | від 5 років до 17 років 11 місяців 29 днів | вакцинація 2 доза | |
| 57 | Папіломавірусна інфекція (за віком) | 12 років (дівчата) | вакцинація 1 доза | |
| 58 | | 12 років (дівчата, які мають первинний імунодефіцит) | вакцинація 3 доза | |
| 59 | | 12 років (дівчата, які живуть з ВІЛ) | вакцинація 3 доза | |
| 60 | | 13 років (дівчата) | вакцинація 1 доза | |
| 61 | | 13 років (дівчата, які мають первинний імунодефіцит) | вакцинація 3 доза | |
| 62 | | 13 років (дівчата, які живуть з ВІЛ) | вакцинація 3 доза | |
| 63 | | від 9 до 15 років (діти, які постраждали від сексуального насильства) | вакцинація 1 доза | |

| | | | | |
|----|---|--|-------------------|--|
| 64 | Папіломавірусна інфекція (з порушенням календаря) | 14 років (для дівчат народжених з 2013 року) | вакцинація 1 доза | |
|----|---|--|-------------------|--|

Підпис керівника (власника) _____

(Власне ім'я, ПРІЗВИЩЕ)

М. П.
(за наявності)

Підпис особи, відповідальної
за заповнення форми звітності

(Власне ім'я, ПРІЗВИЩЕ)

телефон: _____ електронна пошта: _____

дата заповнення форми " ____ " _____ 20__ року

**Директор Департаменту
громадського здоров'я**

Тетяна СКАПА