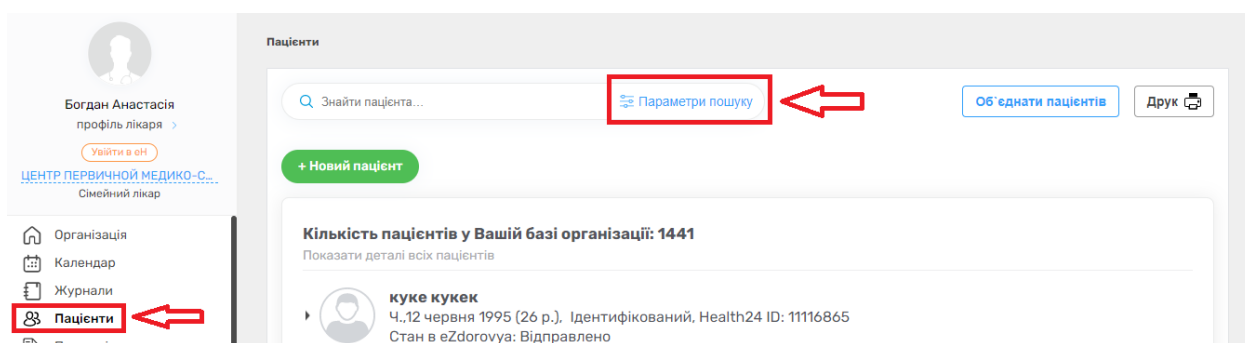
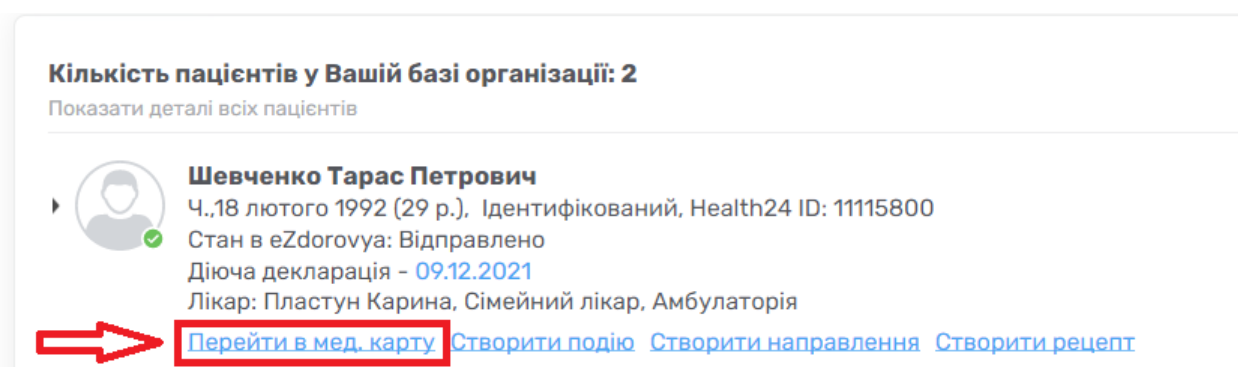


## Як роздрукувати міжнародне свідоцтво про вакцинацію, якщо дані були внесені не через міс Health 24

Переходите до розділу пацієнти та обираєте «Параметри пошуку»



Після знаходження пацієнта обираєте «Перейти в мед.карту»



*Натискаєте на три крапочки на обираєте «Імунізації»*

**Шевченко Тарас Петрович**  
Ч., 18 лютого 1992 (29 р.), Ідентифікований, Health24 ID: 11115800  
Стан в eZdorovya: Відправлено  
Діюча декларація - 09.12.2021  
Лікар: Пластун Карина, Сімейний лікар, Амбулаторія

Дані пацієнта | Зведена інформація | Епізоди | Стани | Діагнози | Рецепти | ...

Дані профілю | Паспортні дані | Місце роботи | Історія життя | Медичні дані | Страхові дані

Тип пацієнта\* | Ідентифікований

**Дані пацієнта**

Прізвище\* | Шевченко

Імунізації

*Якщо пацієнта було вакциновано у вашому медичному закладу – ви побачите перелік вакцин*

*Якщо пацієнта було вакциновано не у вашому медичному закладі – інформація не буде відображатись*

Стан в eZdorovya: Відправлено  
Діюча декларація - 09.12.2021  
Лікар: Пластун Карина, Сімейний лікар, Амбулаторія

Дані пацієнта | Зведена інформація | Епізоди | Стани | Діагнози | Рецепти | ...

### Імунізації

Карта щеплень (форма № 063/о) | Формувати свідоцтво

Загальна кількість записів: 8

| № | Код і назва вакцини | Виробник вакцини | Дозування вакцини | Дата проведення | Статус в Health24 | Статус в eZdorovya | Чи була проведена вакцинація |
|---|---------------------|------------------|-------------------|-----------------|-------------------|--------------------|------------------------------|
| 1 | SarsCov2_nR...      | AstraZeneca ...  | 0.5 мл            | 08.12.2021      | Підписано         | Виконана           | Так                          |
| 2 | SarsCov2_nR...      | AstraZeneca ...  | 0.5 мл            | 08.12.2021      | Підписано         | Виконана           | Так                          |

*Натискаєте на кнопку «Формувати свідоцтво»*

**Шевченко Тарас Петрович**  
Ч.,18 лютого 1992 (29 р.), Ідентифікований, Health24 ID: 11115800  
Стан в eZdovova: Відправлено  
Діюча декларація - 09.12.2021  
Лікар: Пластун Карина, Сімейний лікар, Амбулаторія

Дані пацієнта   Зведена інформація   Епізоди   Стани   Діагнози   Рецепти   ...

### Імунізації

Карта щеплень (форма № 063/о)   **Формувати свідоцтво**

Загальна кількість записів: 8

*Перевіряєте всю інформацію та натискаєте на «Додати імунізацію»*

Громадянство   Україна/українець   Ukraine/Ukrainian

Серія та номер документу

### Вакцинації

**+Додати імунізацію**

Назва хвороби або стану

ПІБ та посада лікаря, що здійснює контроль   Богдан А., Сімейний лікар   Bohdan A., Family doctor

*Відмічаєте вакцини які потрібно роздрукувати*

**Оберті імунізації, за якими потрібно сформувати свідоцтво**

Протидія загрозам

Введена вакцина

Дата проведення з

Дата проведення по

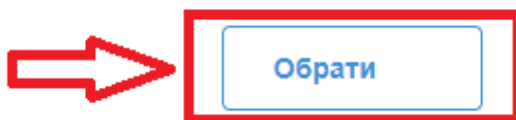
|                          | Код і назва вакцини | Виробник вакцини | Номер партії вакцини | Дозування вакцини | Дата проведення | Етап імунізації | Кількість доз за протоколом | Порядковий номер дози | Чи була проведена вакцинація | Статус в eZdorovya |
|--------------------------|---------------------|------------------|----------------------|-------------------|-----------------|-----------------|-----------------------------|-----------------------|------------------------------|--------------------|
| <input type="checkbox"/> | MMR - В...          | Бельгія          | -                    | 0.5 мл            | 10.06.2...      | 1               | 1                           | 1                     | Так                          | Завершений         |
| <input type="checkbox"/> | MMR - В...          | Бельгія          | -                    | 0.5 мл            | 19.08.2...      | 3               | 4                           | 3                     | Так                          | Завершений         |

*Та натискаєте «Обрати»*

Дата проведення з

Дата проведення по

|                                     | Код і назва вакцини | Виробник вакцини | Номер партії вакцини | Дозування вакцини | Дата проведення | Етап імунізації | Кількість доз за протоколом | Порядковий номер дози | Чи була проведена вакцинація | Статус в eZdorovya |
|-------------------------------------|---------------------|------------------|----------------------|-------------------|-----------------|-----------------|-----------------------------|-----------------------|------------------------------|--------------------|
| <input checked="" type="checkbox"/> | MMR - В...          | Бельгія          | -                    | 0.5 мл            | 10.06.2...      | 1               | 1                           | 1                     | Так                          | Завершений         |
| <input checked="" type="checkbox"/> | MMR - В...          | Бельгія          | -                    | 0.5 мл            | 19.08.2...      | 3               | 4                           | 3                     | Так                          | Завершений         |



Обираєте фон для друку на натискаєте «Друкувати»

ПІБ та посада лікаря, що здійснює контроль

Фон для друку \*  Жовтий  Білий  Зелений

\* Обов'язкові поля

Свідоцтво сформоване

Міжнародне свідоцтво про вакцинацію 2 / 2 93%

nationality **Ukraine/Ukrainian**  
national identification document, if applicable  
whose signature follows  
has on the date indicated been vaccinated or received prophylaxis against: (name of disease or condition)  
**Measles, Mumps, Rubella**  
in accordance with the International Health Regulations.

10.06.2015 19.08.2015 **Україна/українець**  
(дата, місяць, рік народження) (стать) (громадянство)  
(національний ідентифікаційний документ, у разі застосування)  
чий підпис наведено в  
був вакцинований або одержав засіб профілактики проти  
**Кір, Паротит, Краснуха**  
(назва хвороби або стану)  
згідно з Міжнародними медико-санітарними правилами.

| Vaccine or prophylaxis<br>Назва вакцини або засобу профілактики | Date<br>Дата | Signature and professional status of supervising clinician<br>Підпис та посада лікаря-клініциста, що здійснює контроль | Manufacturer and batch no. of vaccine or prophylaxis<br>Найменування виробника та номер партії вакцини або засобу профілактики | Certificate valid from/until:<br>Свідоцтво діє/не діє з: | Official stamp of the administering centre<br>Офіційна печатка закладу, в якому проведена процедура |
|---|--------------|--|--|--|---|
| 1. MMR  | 10.06.2015   | Bohdan A., Family doctor<br>Богдан А., Сімейний лікар  | Бельгія,   | 10.06.2015<br>10.06.2016                                 |   |
| 2. MMR  | 19.08.2015   | Bohdan A., Family doctor<br>Богдан А., Сімейний лікар  | Бельгія,   | 19.08.2015<br>19.08.2016                                 |   |

\* Requirements for validity of certificate on last page \* Вимоги до терміну дії свідоцтва на останній сторінці