Лечебно заведение _____

Адрес _____

Град/село _____

Област _____

Телефон: _____ e-mail: _____

ПРИЛОЖЕНИЕ № 3
към формуляр № 365-О

ДЕЙНОСТИ, СВЪРЗАНИ С ДЕТСКОТО ЗДРАВЕОПАЗВАНЕ ЗА 202... ГОДИНА

1. Посещения на деца от 0 до 7 години

(брой)

Шифър	В консултацията	По домовете
а	1	2
01		

2. Деца до 7 години под наблюдение на консултацията

(брой)

Възрастови групи	Шифър	Под наблюдение в началото на годината	През годината				Остават под наблюдение в края на годината
			постъпили	напуснали	преминали в следваща възраст	умрели	
а	б	1	2	3	4	5	6
Всичко	01				х		
Под 1 година	02						

3. Наблюдение на новородените

(брой)

Шифър	Постъпили под наблюдение деца през I-вия месец от живота си	Новородени, посетени до 24-я час от изписването
а	1	2
01		

4. Обслужени деца, достигнали 1-годишна възраст

(брой)

Шифър	Деца, достигнали 1-годишна възраст през отчетния период	В това число:		
		хранени само с майчина кърма до:		получили всички задължителни имунизации
		3 месеца	6 месеца	
а	1	2	3	4
01				

5. Деца от 0 до 59 месеца със съмнения за пневмония

(брой)

Шифър	Всичко	от тях: получили антибиотици
а	1	2
01		

2025

Дата:..... Съставил:..... (име, телефон) Ръководител на ЛЗ:..... (подпис, печат) Директор на РЗИ: ..... (подпис, печат)