

Приложение № 1  
к приказу Министерства здравоохранения  
Российской Федерации  
от «\_\_\_» \_\_\_\_\_ 2026 г. № \_\_\_

Наименование и адрес медицинской организации  
(фамилия, имя, отчество (при наличии) индивидуального  
предпринимателя и адрес осуществления медицинской  
деятельности)  
Основной государственный регистрационный номер  
(Основной государственный регистрационный  
номер индивидуального предпринимателя)

Медицинская документация  
Учетная форма № 058/у  
Утверждена приказом  
Министерства здравоохранения  
Российской Федерации  
от \_\_\_\_\_ 2026 г. № \_\_\_\_\_

**ЭКСТРЕННОЕ ИЗВЕЩЕНИЕ О СЛУЧАЕ ИНФЕКЦИОННОЙ, ПАРАЗИТАРНОЙ  
БОЛЕЗНИ И НОСИТЕЛЬСТВА ВОЗБУДИТЕЛЕЙ ИНФЕКЦИОННЫХ БОЛЕЗНЕЙ,  
ПИЩЕВОГО ОТРАВЛЕНИЯ, УКУСА ИЛИ УДАРА, НАНЕСЕННОГО ЖИВОТНЫМ №\_\_\_**

Дата заполнения экстренного извещения: число \_\_\_\_ месяц \_\_\_\_\_ год \_\_\_\_

1. Диагноз \_\_\_\_\_ код по МКБ \_\_\_\_\_.
- Внешняя причина (при травмах) \_\_\_\_\_ код по МКБ \_\_\_\_\_.
- 1.1. Предварительный – 1, заключительный – 2.
- 1.2. Лабораторное подтверждение: да – 1, нет – 2
2. Извещение: первичное – 1, повторное – 2.
3. Причина подачи экстренного извещения: установление диагноза (подозрение) – 1, уточнение  
диагноза – 2, смерть – 3.
4. Фамилия, имя, отчество (при наличии) пациента \_\_\_\_\_
5. Пол: мужской – 1, женский – 2.
6. Дата рождения: число \_\_\_\_\_ месяц \_\_\_\_\_ год \_\_\_\_\_
7. Регистрация по месту жительства:  
субъект Российской Федерации \_\_\_\_\_ район \_\_\_\_\_ населенный пункт \_\_\_\_\_  
улица \_\_\_\_\_ дом \_\_\_\_\_ корпус \_\_\_\_\_ квартира \_\_\_\_\_,
- 7.1. Регистрация по месту пребывания:  
субъект Российской Федерации \_\_\_\_\_, район \_\_\_\_\_, населенный пункт) \_\_\_\_\_  
улица \_\_\_\_\_ дом \_\_\_\_\_ корпус \_\_\_\_\_ квартира \_\_\_\_\_
- 7.2. Для иностранных граждан:  
гражданство \_\_\_\_\_  
дата въезда в Российскую Федерацию: число \_\_\_\_\_ месяц \_\_\_\_\_ год \_\_\_\_\_.
8. Страховой номер индивидуального лицевого счета (при наличии): \_\_\_\_\_
9. Контактный телефон (при наличии) \_\_\_\_\_
10. Занятость: работает – 1, обучающийся – 2, «отдыхающий» – 3, получатель социальных  
услуг – 4, не работает – 5, прочее – 6.

Для детей: дошкольник, организован – 7, дошкольник, не организован – 8, школьник – 9.

Место работы (службы), обучения, отдыха, нахождения в санаторно-курортной организации,  
в организации, осуществляющей стационарное или полустационарное социальное обслуживание

Факультет, курс, группа, класс, иное \_\_\_\_\_  
Выполняемые виды работ (для работающего): \_\_\_\_\_  
Дополнительные сведения \_\_\_\_\_

11. Дата:

заболевания (со слов пациента/законного представителя пациента): число \_\_\_ месяц \_\_\_ год \_\_\_\_,  
первичного обращения к врачу-специалисту (фельдшеру, акушеру (акушерке) по поводу данного  
заболевания (при наличии сведений): число \_\_\_\_\_ месяц \_\_\_\_\_ год \_\_\_\_\_,

установления диагноза: число \_\_\_\_\_ месяц \_\_\_\_\_ год \_\_\_\_\_,

последнего посещения места работы (службы), обучения, отдыха, нахождения в санаторно-  
курортной организации, организации, осуществляющей стационарное или полустационарное  
социальное обслуживание (со слов пациента/законного представителя пациента):  
число \_\_\_\_\_ месяц \_\_\_\_\_ год \_\_\_\_\_

госпитализации (при наличии сведений): число \_\_\_ месяц \_\_\_ год \_\_\_\_\_ место госпитализации  
(при наличии сведений) \_\_\_\_\_

12. Если заболевание (травма) связано с укусом или ударом, нанесенным животным, в том числе  
клещом, указать:

кем укушен: животное – 1, клещ – 2,

животное домашнее – 1.1, дикое – 1.2,

вид (подвид) животного \_\_\_\_\_

характер травмы (укус - 1, удар - 2, оцарапывание - 3, ослюнение – 4, присасывание - 5)

локализация травмы: \_\_\_\_\_

где укушен \_\_\_\_\_

(страна, субъект Российской Федерации, населенный пункт)

13. При подозрении на пищевое отравление, указать подозрительный продукт (блюдо) \_\_\_\_\_,  
дата и место приобретения \_\_\_\_\_,

14. Сведения о месте нахождения пациента за последние 30 дней до появления клинических  
симптомов заболевания за пределами Российской Федерации или за пределами населенного пункта  
фактического пребывания (при наличии): да – 1, нет – 2

\_\_\_\_\_;

(страна/населенный пункт и период пребывания)

15. Наличие в анамнезе контакта за последние 30 дней с инфекционным больным (человеком или  
животным), сырьем животного происхождения (при наличии сведений, перечислить) \_\_\_\_\_

16. Дополнительные сведения \_\_\_\_\_

17. Информирование территориального органа федерального органа исполнительной власти,  
осуществляющего федеральный государственный санитарно-эпидемиологический (контроль)  
надзор:

число \_\_\_ месяц \_\_\_ год \_\_\_\_ . час \_\_\_ минута \_\_\_\_ (по телефону, письменно, электронным  
способом связи)

отправка экстренного извещения: число \_\_\_\_\_ месяц \_\_\_\_\_ год \_\_\_\_\_.

Фамилия, имя, отчество (при наличии) лица, заполнившего извещение \_\_\_\_\_

должность \_\_\_\_\_

Фамилия, имя, отчество (при наличии) лица, принявшего сообщение \_\_\_\_\_

Регистрационный № принятого извещения \_\_\_\_\_)