

Wezwania do szczepień

data wezwania	data wezwania	data wezwania	data wezwania	data wezwania	data wezwania	data wezwania	data wezwania	data wezwania	data wezwania	data wezwania
---------------	---------------	---------------	---------------	---------------	---------------	---------------	---------------	---------------	---------------	---------------

KARTA UODPORNENIA

pieczętka świadczeniodawcy nr kontraktu	pieczętka świadczeniodawcy nr kontraktu	pieczętka świadczeniodawcy nr kontraktu	pieczętka świadczeniodawcy nr kontraktu
od do	od do	od do	od do

Dane personalne

nazwisko i imię PESEL lub odpowiedni nr dokumentu tożsamości u osób nie posiadających nr PESEL	nazwisko	imię	data urodzenia	
	PESEL		dzień	miesiąc rok
nazwisko i imię przedstawiciela ustawowego lub opiekuna faktycznego	nazwisko	imię		
adres zamieszkania	kod pocztowy	miejsowość	ulica	nr domu nr lokalu
	1. ....	.....	.....	.....
	2. ....	.....	.....	.....
	3. ....	.....	.....	.....
	4. ....	.....	.....	.....
tel. kontaktowy				

Szczepienia przeciwko gruźlicy

dawka szczepienia	O	O1	O2	z innych wskazań określić wskazania
badania tuberkulinowe		blizna [tak] [nie]		
data badania				
podpis wykonującego				
wynik				
podpis odczytującego				
data szczepienia				
nazwa szczepionki, nr serii				
podpis lekarza kwalifikującego				
podpis wykonującego				

Szczepienia przeciwko wirusowemu zapaleniu wątroby typu B

dawka szczepienia	szczepienie podstawowe – zakreślić wskazania			przypominające określić wskazania
	[niemowlę]	[gimnazjalista]	[inne] [zalecane]	
	1	2	3	
data szczepienia				
nazwa szczepionki, nr serii				
dawka – wielkość				
podpis lekarza kwalifikującego				
podpis wykonującego				

Szczepienie przeciwko odrze, śwince i różyczce

dawka szczepienia zakreślić rodzaj szczepionki	podstawowe [odra świnka różyczka] [odra]	przypominające [odra] [odra świnka różyczka]	dziewczęta 13 r.ż. [różyczka] [odra świnka różyczka]	Zalecane [odra] [świnka] [różyczka] [odra świnka różyczka]
data szczepienia				
nazwa szczepionki, nr serii				
podpis lekarza kwalifikującego				

podpis wykonującego				
---------------------	--	--	--	--

Szczepienia przeciwko błonicy tężcowi, krztuścowi

dawka szczepienia	szczepienie podstawowe				przypominające			ze wskazań indywidualnych	
	1	2	3	4	I	II	III		
rodzaj szczepionki <i>(DTP, DTaP, DT, Td, D, d, T, inne – jakie)</i>									
data szczepienia									
nazwa szczepionki, nr serii									
podpis lekarza kwalifikującego									
podpis wykonującego									

Szczepienie przeciwko poliomyelitis

dawka szczepienia	szczepienie podstawowe				przypominające		inne wskazania <i>(podać jakie)</i>
	1	2	3	4	I	II	
rodzaj szczepionki: <i>(IPV, OPV, inne – jakie)</i>							
data szczepienia							
nazwa szczepionki, nr serii							
podpis lekarza kwalifikującego							
podpis wykonującego							

Inne szczepienia zalecane

typ szczepienia, nazwa szczepionki, nr serii	data szczepienia <i>(podać daty kolejnych dawek)</i>	wskazania do szczepienia	podpis lekarza kwalifikującego	podpis wykonującego

Przeciwwskazania do szczepień

przeciwno	data stwierdzenia	data ustania	rodzaj przeciwwskazania	podpis lekarza kwalifikującego

Niepożądane odczyny poszczepienne

Rodzaj odczynu	Data wystąpienia	Po jakiej szczepionce		Rodzaj odczynu	Data wystąpienia	Po jakiej szczepionce	
		nazwa	data szczep.			nazwa	data szczep.