

KARTA UODPORNIECIA

25

Nazwisko i imię, nr PESEL lub nr dokumentu tożsamości – w przypadku osób nieposiadających nr PESEL	Nazwisko imię PESEL	Data urodzenia dzień miesiąc rok
--	---	---

Obowiązkowe szczepienia ochronne

Wiek	Rodzaj szczepionki	Data i godzina wykonania szczepienia	Miejsce podania szczepionki	Nazwa szczepionki	Nr serii szczepionki	Podpis osoby wykonującej szczepienie
noworodek	Gruźlica BCG					
	wzw B – 1. dawka					
2 miesiąc życia	wzw B – 2. dawka					
	DTP – 1. dawka					
	Hib – 1. dawka					
3-4 miesiąc życia	DTP – 2. dawka					
	Hib – 2. dawka					
	polio IPV – 1. dawka					
5-6 miesiąc życia	DTP – 3. dawka					
	Hib – 3. dawka					
	polio IPV – 2. dawka					
7 miesiąc życia	wzw B – 3. dawka					
13-14 miesiąc życia	odra, świnka, różyczka – 1. dawka					
16-18 miesiąc życia	DTP – 4. dawka					
	polio IPV – 3. dawka					
	Hib – 4. dawka					
6 rok życia	DTaP – 1. dawka przypominająca					
	polio OPV					
10 rok życia	Odra, świnka, różyczka – 2. dawka przypominająca					
14 rok życia	Td – 2. dawka przypominająca					
19 rok życia	Td – 3. dawka przypominająca					

Nazwisko i imię osoby, która sprawuje prawną pieczę nad osobą objętą obowiązkowym szczepieniem ochronnym, albo opiekuna faktycznego w rozumieniu art. 3 ust. 1 pkt 1 ustawy z dnia 6 listopada 2008 r. o prawach pacjenta i Rzeczniku Praw Pacjenta (Dz. U. z 2016 r. poz. 186)

Nr telefonu

Inne szczepienia ochronne

Przeciwwskazania do przeprowadzenia szczepień ochronnych

Niepożądane odczyny poszczepienne

Powiadomienie o szczepieniu

[illegible]