

KARTA UODPORNIEŃ

H-083

Nazwisko i imię, nr PESEL lub nr dokumentu tożsamości - w przypadku osób nieposiadających nr PESEL		Data urodzenia								
	nazwisko								
								
	nr PESEL		<table border="1"> <tr> <td>dzień</td> <td>miesiąc</td> <td>rok</td> </tr> <tr> <td></td> <td></td> <td></td> </tr> </table>			dzień	miesiąc	rok			
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					

Pieczęć zakładającego kartę nr kontraktu WOJEWÓDZKI SZPITAL SPECJALISTYCZNY WE WROCŁAWIU 51-124 Wrocław, ul. H. Kamińskiego 73a REGON 000977893, NIP 895-16-45-574, ID 000977893-081 DZIAŁ NEONATOLOGICZNY Z PODODZIAŁEM PATOLOGII NOWORODKÓW tel. 71-32-70-376	Pieczęć przeprowadzającego szczepienie nr kontraktu	Pieczęć przeprowadzającego szczepienie nr kontraktu	Pieczęć przeprowadzającego szczepienie nr kontraktu
od do	od do	od do	od do

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 2009 r. Nr 52, poz. 417, z późn. zm.)

Nazwisko Imię

Nr telefonu

Adres zamieszkania

1.	<i>kod pocztowy</i>	<i>miejsowość</i>	<i>ulica</i>	<i>nr domu</i>	<i>nr lokalu</i>
2.	<i>kod pocztowy</i>	<i>miejsowość</i>	<i>ulica</i>	<i>nr domu</i>	<i>nr lokalu</i>
3.	<i>kod pocztowy</i>	<i>miejsowość</i>	<i>ulica</i>	<i>nr domu</i>	<i>nr lokalu</i>

Inne szczepienia ochronne

[illegible]

Przeciwwskazania do przeprowadzenia szczepień ochronnych

Szczepienie przeciw	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 szczepienia			nazwa	data szczepienia

Powiadomienie o szczepieniu

[illegible]