

# KARTA UODPORNIEŃ

(pieczęć zakładu)	(pieczęć zakładu)	(pieczęć zakładu)	(pieczęć zakładu)	Daty wezw
od.....do.....	od.....do.....	od.....do.....	od.....do.....	
1. Nazwisko i imię..... <div style="text-align: center;">(imię matki lub ojca)</div>			Data urodzenia	
2. Zamieszkały..... kod pocztowy, adres			..... dzień miesiąc rok	
ewent. zmiana..... kod pocztowy, adres				
3. Uczęszcza do: .....				
żłobka, przedszkola, szkoły - adres				
ewent. zmiana.....				
żłobka, przedszkola, szkoły - adres				

## NIEPOŻĄDANE ODCZYNY POSZCZEPIENNE

Rodzaj odczynu*)	Data wystąpienia	Po jakiej szczepionce		Rodzaj odczynu*)	Data wystąpienia	Po jakiej szczepionce	
		nazwa	data szczep.			nazwa	data szczep.
ogólny/ miejscowy				ogólny/ miejscowy			

## GRUŻLICA

Kontakt z gruźlicą	Kolejność	O <sub>1</sub> Blizna (śr.w milimetrach)	O <sub>2</sub>	I	poza kalendarzem: ze styczności z chorym			
od: .....	Data		X					
do: .....	Podpis wykonującego	X	X					
	Wynik		X					
Szczepienia	Data szczepienia	O.....noworodek.....						
	Nr serii, wytwórnia							
	Podpis szczepiącego							

## WIRUSOWE ZAPALENIE WĄTROBY TYPU B

Wskazania do szczepienia**)	Nm/Dz	Kolejna dawka	podstawowe				przypominające		UWAGI
			1	2	3	4	I	II	
	Ot.ch.	Data szczepienia							.....
	Ot.ns.	nr serii szczepionki							.....
	Z.med.	Dawka w ml							.....
	Pryw.	Nr serii wytwórnia							.....
	Inne	Podpis szczepiącego							.....

\*) Niepotrzebne skreślić.

\*\*) Zaznaczyć X, zależnie od wskazań: "Nm/Dz."- niemowlęta, dzieci (wg cz.IA PSO); "Ot.Ch"- otoczenie chorego na wzv B; "Ot.ns"- z otoczenia nosiciela HBs Ag+; "Z.med."- częste iniekcje/zabiegi medyczne; "Pryw"- zalecone przez lekarza na własne życzenie; "inne"- niewymienione wyżej.

**KRZTUSIEC, BŁONICA, TĘŻEC**

**BŁONICA, TĘŻEC**

Kolejna dawka	podstawowe				przypominające			ze wskazań indywidualnych	
	1	2	3	4	I	II	III		
Data szczepienia									
Rodzaj szczepionki									
Dawka w ml									
Nr serii wytwórnia									
Podpis szczepiącego									

**POLIOMYELITIS**

INNE.....

Kolejna dawka	podstawowe				przypominające				
	1	2	3	4	I	II			
Data szczepienia									
Rodzaj szczepionki									
Dawka w ml									
Nr serii wytwórnia									
Podpis szczepiącego									

**ODRA**

**RÓŻYCZKA**

INNE.....

Kolejna dawka	podstawowe	przypominające		podstawowe	przypominające	dziewczęta			
		I	II						
Data szczepienia									
Rodzaj szczepionki									
Dawka w ml									
Nr serii wytwórnia									
Podpis szczepiącego									

<b>PRZECIWSKAZANIA</b> (przyczyna, okres: od - do)		