

KARTA UODPORNENIA

(pieczęć zakładu)	(pieczęć zakładu)	(pieczęć zakładu)	(pieczęć zakładu)		Daty
od.....do.....	od.....do.....	od.....do.....	od.....do.....		wezwań
1. Nazwisko i imię..... (imię matki lub ojca)				Data urodzenia	
2. Zamieszkały (ła) 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 nazwa	data szczep.	Rodzaj odczynu*)	Data wystąpienia	Po jakiej szczepionce nazwa	data szczep.
ogólny/ miejscowy				ogólny/ miejscowy			

GRUŻLICA

Kontakt z gruźlicą	Kolejność	O ₁ Blizna (śr.w milimetrach)	O ₂	I	II	poza kalendarzem: ze stycznia 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**)							podstawowe		przypominające		UWAGI		
Nm/Dz	Kolejna dawka					1	2	3	4	I	II		
Ot.ch.	Data szczepienia											
Ot.ns	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 WZW B; "Ot.ns"- z otoczenia nosiciela HBs Ag+; "Z.med."- częste iniekcje/zabiegi medyczne; "Pryw"- zalecone przez lekarza na własne życzenie; "inne"- nie wymienione 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									

PRZECIWIWSKAZANIA (przyczyna, okres: od - do)		