

KARTA UODPORNIEŃ

Nazwisko i imię, nr PESEL lub nr dokumentu tożsamości – w przypadku osób nieposiadających nr PESEL	<i>nazwisko</i>	<i>imię</i>	Data urodzenia		
	.....	.....	dzień	miesiąc	rok
	<i>nr PESEL</i>	.....	.....	.....	.....

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					
	pneumokoki - 1. dawka					
3 – 4 miesiąc życia	DTP – 2. dawka					
	Hib – 2. dawka					
	polio IPV – 1. dawka					
	pneumokoki - 2. 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					
	pneumokoki - 3. dawka					
16 – 18 miesiąc życia	DTP – 4. dawka					
	polio IPV – 3. dawka					
	Hib – 4. dawka					
6 rok życia	DTaP – 1. dawka przypominająca					
	polio OPV					
	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	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 pieczęć 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 z późn. zm.)

Nazwisko imię

Nr telefonu

Adres zamieszkania	<i>kod pocztowy</i>	<i>miejsowość</i>	<i>ulica</i>	<i>nr domu</i>	<i>nr lokalu</i>
	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.....	.....	.....	.....	.....

Inne szczepienia ochronne

Typ szczepienia/szczepienie przeciw	Nazwa szczepionki	Nr serii szczepionki	Data i godzina wykonania szczepienia oraz miejsce podania szczepionki	Podpis osoby wykonującej szczepienie

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

Data powiadomienia o szczepieniu	Data powiadomienia o szczepieniu	Data powiadomienia o szczepieniu	Data powiadomienia o szczepieniu	Data powiadomienia o szczepieniu	Data powiadomienia o szczepieniu	Data powiadomienia o szczepieniu	Data powiadomienia o szczepieniu	Data powiadomienia o szczepieniu	Data powiadomienia o szczepieniu	Data powiadomienia o szczepieniu
----------------------------------	----------------------------------	----------------------------------	----------------------------------	----------------------------------	----------------------------------	----------------------------------	----------------------------------	----------------------------------	----------------------------------	----------------------------------