

OBOWIĄZKOWE SZCZEPIENIA OCHRONNE

Wiek	Rodzaj szczepionki	Data i godzina wykonania szczepienia	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				

2

VII. DODATKOWA INFORMACJA O POBYCIE W SZPITALU
Rozpoznanie i epikryza

Data

Oznaczenie lekarza

VIII. DANE NOWORODKA W DNIU WYPISU ZE SZPITALA ALBO PRZEKAZANIA OPIEKI NAD DZIECKIEM URODZONYM W WARUNKACH POZASZPITALNYCH POD OPIEKĘ POŁOŻNEJ PODSTAWOWEJ OPIEKI ZDROWOTNEJ

1. Data (rrrr-mm-dd)
2. Wiek kalendarzowy wiek postkoncepcyjny²⁾
3. Masa ciała g (zaznaczyć na siatce centylovej)
4. Długość ciała cm
5. Obwód głowy cm (zaznaczyć na siatce centylovej)
6. Ciemię przednie szwy czaszkowe
7. Badanie przedmiotowe
8. Noworodek wypisany ze szpitala: do domu do innego oddziału
na żądanie rodziców
9. Stan noworodka w dniu wypisu albo przekazania opieki: zdrowy, bez zastrzeżeń
wymaga dalszej obserwacji, diagnozowania albo leczenia
10. Wykonano szczerpienia obwiązkowe: tak nie
11. Badania przesiewowe:
Pobrano krew na bibułę: tak nie
Kod bibuły³⁾ I i data pobrania.....
Kod bibuły³⁾ II i data pobrania (na wezwanie).....
Bibułę z kodem³⁾
12. Inne badania wykonane w dniu wypisu
- Badanie słuchu I
Data badania (rrrr-mm-dd).....
Wynik badania: prawidłowy nieprawidłowy
Badanie słuchu II
Data badania (rrrr-mm-dd).....
Wynik badania: prawidłowy nieprawidłowy

²⁾ Dla dzieci urodzonych przed zakończeniem 37. tygodnia ciąży.

³⁾ Może być wklejony.

Książeczka szczepień



Nazwisko i imię, nr PESEL lub nr dokumentu tożsamości
- w przypadku osób nieposiadających nr PESEL

..... Nazwisko

..... Imię

..... Nr PESEL

Data urodzenia

..... Dzień

..... Miesiąc

..... Rok