

KARTA UODPORNENIA

| | | |
|---|--|--|
| Nazwisko i imię, nr PESEL lub nr dokumentu tożsamości - w przypadku osób nie posiadających nr PESEL | Nazwisko Imię nr PESEL | Data urodzenia 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 miesiące 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 | | | | | |

