

Data wystawienia karty:

.....

Data założenia deklaracji POZ:

.....

## KARTA UODPORNZENIA PACJENTA

Imię i nazwisko:

.....

Pesel:

.....

Data urodzenia:

.....

Dzień/miesiąc/rok

Pediatra: .....

Wiek	Rodzaj szczepionki	Planowana data wizyty szczepiennej	Nazwa szczepionki	Osoba wykonująca szczepienie	Uwagi
Noworodek	Gruźlica BCG				
	WZW B – 1. dawka				
2 miesiąc 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				
	Hib – 4. dawka				
	Polio IPV – 3. dawka				

### Inne szczepienia ochronne

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

**Imię, nazwisko opiekuna prawnego:**

.....

**Telefon kontaktowy/mail:**

.....

**Data i podpis osoby wystawiającej Kartę Uodpornienia Pacjenta:**

.....  
Data

.....  
Podpis