

Łódź, dnia

pieczęć poradni

Powiatowa Stacja Sanitarno-Epidemiologiczna w Łodzi
ul. Przybyszewskiego 10
93-189 Łódź

Zgłoszenie rodziców uchylających się od obowiązku wykonania szczepień ochronnych dziecka:

MATKA

Imię i nazwisko:

PESEL:

Adres zamieszkania:

OJCIEC

Imię i nazwisko:

PESEL:

Adres zamieszkania:

DANE DZIECKA

Imię i nazwisko:

Data urodzenia:

Adres zamieszkania:

BRAKUJĄCE SZCZEPIENIA:

	<i>szczepienia ochronne przeciw</i>	<i>dawka szczepienia</i>
	gruźlicy	
	wirusowemu zapaleniu wątroby typu B	
	zakażeniom wywołanym przez rotawirusy	
	błonicy, tężcowi i krztuścowi	
	błonicy, tężcowi	
	ostremu nagminnemu porażeniu dziecięcemu (<i>poliomyelitis</i>)	
	inwazyjnemu zakażeniu <i>Haemophilus influenzae</i> typu b	
	inwazyjnym zakażeniom <i>Streptococcus pneumoniae</i>	
	odrze, nagminnemu zakażeniu przyusznic (świnka) i różyczce	

POWÓD ODMOWY (zaznaczyć właściwy)

ODRĘBNOŚĆ KULTUROWA/RELIGIJNA ☐

WPŁYW ŚRODOWISK PROPAGUJĄCYCH MEDYCYNĘ ALTERNATYWĄ ☐

WPŁYW RUCHÓW ANTYSZCZEPIONKOWYCH ☐

NOP U OSOBY ZOBOWIĄZANEJ ☐

INNA PRZYCZYNA

PODJĘTE DZIAŁANIA W STOSUNKU DO OSÓB UCHYLAJĄCYCH SIĘ OD OBOWIĄZKU WYKONANIA SZCZEPIEŃ

OCHRONNYCH DZIECKA

.....

.....

.....

OPINIA LEKARSKA W ZAKRESIE ZDOLNOŚCI DO SZCZEPIENIA

.....

.....

.....

.....

.....

Podpis lekarza