

.....
(pieczęć placówki)

**Zużycie preparatu z acelularnym krztuścem DTaP na szczepienia dzieci
ze stałymi przeciwwskazaniami do szczepień preparatem komórkowym DTPw za kw. 2021r.**

Imię, nazwisko i adres dziecka	Data urodzenia	Szczepienia DTaP		Ewentualne wcześniejsze szczepienia DTPw	
		która to dawka w życiu dziecka	data szczepienia nr serii, data ważności.	ile dawek	data szczepienia

UWAGA: potwierdzenia rozpoznania zgodnie z Rozporządzeniem przez lekarz specjalistę dołączyć do historii choroby.

.....
(podpis i pieczęć kierownika zakładu)