…………………………………………………………….

Nazwa i adres zakładu opieki zdrowotnej

Raport za …….kwartał ……. roku

ze zużycia szczepionek przeciwko pneumokokom/ospie wietrznej/DTaP 5-w-1\*

w określonych grupach ryzyka

|  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| L.P | Imię i nazwisko dziecka | Data urodzenia dziecka | Nazwa szczepionki | Nr dawki szczepionki | Data szczepienia | Wskazania lekarskie do szczepień (diagnoza zgodna z zaleceniami PSO) | Nazwa i adres placówki specjalistycznej, imię i nazwisko lekarza kierującego do szczepień | Imię i nazwisko lekarza kwalifikującego dziecko do szczepień |
|  |  |  |  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |  |  |  |

 \*odpowiednie zaznaczyć

 Data i podpis osoby sporządzającej raport: