

Pieczętka podmiotu leczniczego

Data .....

### ZAPOTRZEBOWANIE NA SZCZEPIONKI

Lp.	Nazwa preparatu	Jednostka miary	Ilość szczepionki	Uwagi
1	DTP – Szczepionka błoniczo-tężcowo-krztuścowa	Ampułka		
2	DTaP – Szczepionka p/błonicy, tężcowi, krztuścowi 6 r.ż.	Ampułko strzykawka		
3	dTpa – Szczepionka p/błonicy, tężcowi, krztuścowi 14 r.ż.	Ampułko strzykawka		
4	Td – Szczepionka tężcowo-błonicza 19 r.ż.	Ampułka		
5	TT- Szczepionka p/tężcowi	Ampułka		
6	BCG – Szczepionka p/gruźlicy	Ampułka		
7	Szczepionka p/WZW typu B dla dzieci 0,5ml	Fiolka		
8	Szczepionka p/WZW typu B dla dorosłych 1ml	Fiolka		
9	Szczepionka p/WZW typu B dla dializowanych 1ml	Fiolka		
10	Szczepionka p/ <i>polimielitis</i>	Ampułko strzykawka		
11	Szczepionka p/odrze, śwince, różyczce	Fiolka		
12	Szczepionka p/rotawirusom	Tubka		
13	Szczepionka p/ <i>Haemophilus infl.</i> Typ B	Ampułko strzykawka		
14	Prevenar – Szczepionka p/ <i>Streptococcus pneumoniae</i>	Ampułko strzykawka		
15	Synflorix – Szczepionka p/ <i>Streptococcus pneumoniae</i>	Ampułko strzykawka		
16	Szczepionka p/ospie wietrznej	Ampułko strzykawka		
17	Pentaxim- szczepionka 5 w 1	Ampułko strzykawka		
18	Infanrix-IPV-Hib – szczepionka 5 w 1	Ampułko strzykawka		

Osoba upoważniona do odbioru szczepionek .....

.....

(data, pieczętka i podpis osoby wydającej szczepionki)

.....

(podpis i pieczętka Kierownika Przychodni lub osoby upoważnionej)