

podpis wykonującego				
---------------------	--	--	--	--

Szczepienia przeciwko błonicy, tężcowi, krztuścowi

dawka szczepienia	szczepienie podstawowe				przypominające			ze wskazań indywidualnych	
	1	2	3	4	I	II	III		
rodzaj szczepionki (DTP, DTaP, DT, Td, Dd, T, inne - jakie?)									
data szczepienia									
nazwa szczepionki, nr serii									
podpis lekarza kwalifikującego									
podpis wykonującego									

Szczepienia przeciwko poliomielitis

dawka szczepienia	szczepienie podstawowe				przypominające			inne wskazania (podać jakie)	
	1	2	3	4	I	II	III		
rodzaj szczepionki (IPV, OPV, inne - jakie?)									
data szczepienia									
nazwa szczepionki, nr serii									
podpis lekarza kwalifikującego									
podpis wykonującego									

Inne szczepienia zalecane

typ szczepienia, nazwa szczepionki, nr serii	data szczepienia (podać daty kolejnych dawek)	wskazania do szczepienia	podpis lekarza kwalifikującego	podpis wykonującego

Przeciwwskazania do szczepień

przeciwno	data stwierdzenia	data ustania	rodzaj przeciwwskazania	podpis lekarza kwalifikującego

Niepożądane odczyny poszczepienne

Rodzaj odczynu	Data wystąpienia	Po jakiej szczepionce		Rodzaj odczynu	Data wystąpienia	Po jakiej szczepionce	
		nazwa	data szczep.			nazwa	data szczep.