

KARTA UODPORNIEDIA

pieczęć zakładu od do GABINET LEKARSKI III Społecznej Szkoły Podstawowej 2. Zamieszkałe Gdańsk-Wrzeszcz, ul. Waryńskiego 36	pieczęć zakładu od do imie matki lub ojca STO...	pieczęć zakładu od do Data urodzenia 28 05 97 dzień miesiąc rok	pieczęć zakładu od do dziecko uczęszcza do żłobka, przedszkola, szkoły (podkreślić)	Data wzwań
--	---	---	---	---------------

ZESTAWIENIE DO SPRAWOZDANIA NA FORMULARZU Mz-54

KRZTU-SIEC	BŁONICA	TEŻEC	POLIO	GRUŻLICA	ODRA	RÓŻY-CZKA	W Z W typus-B	WAGNINE ZAPALENIE PRZYSZCZY	INNE
podst.	podst.	przyp.	podst.	przyp.	podst.	przyp.	podst.	przyp.	
+	+	+	+	+	+	+	+	+	
X	X	X	X	X	X	X	X	X	

SZCZEPZENIA PRZECIWKO KRZTUŚCOWI, BŁONICY, TEŻCOWI

KRZTUŚCOWI, BŁONICY, TEŻCOWI					BŁONICA, TEŻEC		
podstawowe					przypominające		
Kolejna dawka	I	II	III	IV	I	II	III
Rodzaj szczepionki	DTP	DTP	DTP	DTP	DT	Td	Td
Data szczepienia	12.05.97	29.09.97	15.12.97	21.08.98	2.08.02	08.12.00	20.12.00
Dawka w ml	0,5	0,5 ml	0,5	0,5	0,5	0,5	0,5
Nr serii, wytwórnia	5123513	104416	101840	2412576	K10701/A	2080900C	12315005
Podpis szczepiącego	Nowicki	Pol	S	L	Krawiec	Gr.	Gr.
Odczyn poszczep. ogólny/miejsce							

SZCZEPZENIA PRZECIWKO POLIOMYELITIS

podstawowe				przypominające		Notatki uwagi
Kolejna dawka	I	II	III	IV	I	
Rodzaj szczepionki	P ₁	P ₂	P ₃	P ₄ 2 kw	P ₀ 2 kw	
Data szczepienia	12.05.97	29.09.97	15.12.97	21.08.98	2.08.02	
Nr serii, wytwórnia	2 kw	5232 B4 C	2400 H4 H	5212 3A H	S3112 A4 A	
Podpis szczepiącego	Nowicki	Pol	S	L	Krawiec	
Odczyn poszczep. ogólny/miejsce						

*) szczepienia podstawowe niepełne (tzw. pierwotne)

**) szczepienia podstawowe pełne

"DRUK" Gdańsk, ul. Jelitkowska 20, tel. (0-58) 53-20-79 w. 12-37

Zgodność odpisu / kopii
z oryginałem stwierdzam:
Zukowo dnia 01.02.2002

S.P. ZOZ w ŻUKOWIE
OSRODEK ZDROWIA w BANINIE
FILIA NR 1 Gabinet Szczepień
80-297 BANINO, ul. Lotnicza 31
REGON 190880373, tel. 58 681 89 25

WZ W typ B

Kontakt z gruźlicą		próby tuberk.	Próby	I	II	III	IV	V			
od			Rodzaj								
do			Data								
			Wynik								
GRUŻLICA	Data szczepienia	noworodek									
		Nr serii, wytwórnia									
		Podpis szczepiącego									
		Biżna (średnica w milimetrach)									
N, O, Z, Ch, P*)		podstawowe				przypominające					
Kolejna dawka		I	108 II	III	IV	I	II	III			
Rodzaj szczepionki			Emvac B	Emvac B	Emvac B						
Data szczepienia			12.05.81	23.07.81	27.04.88						
Dawka w ml			0,5	0,5	0,1						
Nr serii, wytwórnia			2081 A2	2081 A2	20197 A						
Podpis szczepiącego											
Odczyn poszczep. ogólny/miejsc.											
Rodzaj szczepienia	ODRA		RÓŻYCZKA		NAGM. ZAP. PRZYUSZNICY		INNE SZCZEPIONKI	Rodzaj szczepienia			
Kolejna dawka	I	II	III	II	I	II		Data szczepienia			
Data szczepienia	10.08.88	5.08.03	16.07.03					Nr serii, wytwórnia			
Dawka w ml	0,5	0,5	0,5					Podpis szczepiącego			
Nr serii, wytwórnia	101291410	101291410	101291410					Odczyn poszczep. ogólny/miejsc.			
Nazwa szczepionki	Prionix		Prionix		Prionix						
PRZECIWWSKAZANIA (przyczyna, okres: od-do)	7 dni po podaniu typu Emvac B										
	5 dni po podaniu										
	nie ma przeciwwskazań do końca 2016										

*) N - noworodki, O - otoczenie, Z - przed zabiegami, Ch - przewlekłe choroby, P - szczepienia prywatne (niepotrzebne skreślić)

Zgodność odpisu / kopii
z oryginałem stwierdzam:
Żukowo dnia 02.02.2022

S.P. ZOZ w ŻUKOWIE
OŚRODEK ZDROWIA w BANINIE
FILIA NR 1 Gabinet Szczepień
80-297 BANINO, ul. Lotnicza 31
REGON 190880373, tel. 58 681 89 25