

KARTA UODPORNIEŃIA

Nazwisko i imię, nr PESEL lub nr dokumentu tożsamości – w przypadku osób nieposiadających nr PESEL	
	Nazwisko	imię	
	
.....
PESEL			dzień miesiąc rok

Obowiązkowe szczepienia ochronne

Wiek	Rodzaj szczepionki	Data i godzina wykonania szczepienia	Miejsce podania szczepionki	Nazwa szczepionki	Nr serii szczepionki	Podpis osoby wykonującej szczepienie
noworodek	Gruźlica BCG					
	wzw B – 1. dawka					
2 miesiąc życia	wzw B – 2. dawka					
	DTP – 1. dawka					
	Hib – 1. dawka					
3-4 miesiąc życia	DTP – 2. dawka					
	Hib – 2. dawka					
	polio IPV – 1. dawka					
5-6 miesiąc życia	DTP – 3. dawka					
	Hib – 3. dawka					
	polio IPV – 2. dawka					
7 miesiąc życia	wzw B – 3. dawka					
13-14 miesiąc życia	odra, świnka, różyczka – 1. dawka					
16-18 miesiąc życia	DTP – 4. dawka					
	polio IPV – 3. dawka					
	Hib – 4. dawka					
6 rok życia	DTaP – 1. dawka przypominająca					
	polio OPV					
10 rok życia	Odra, świnka, różyczka – 2. dawka przypominająca					
14 rok życia	Td – 2. dawka przypominająca					
19 rok życia	Td – 3. dawka przypominająca					

