

KARTA UODPORNIEŃ

Nazwisko i imię, nr PESEL lub nr dokumentu tożsamości – w przypadku osób nieposiadających nr Pesel	DATA URODZENIA
	IMIĘ I NAZWISKO	Dzień miesiąc rok
	----- PESEL

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 m-c 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					