

Kwalifikacja dziecka do szczepień ochronnych

Imię i nazwisko dziecka:.....

PESEL/dokument i numer dokumentu:.....

Data urodzenia:.....

Imię i nazwisko opiekuna, stopień pokrewieństwa:.....

PESEL/dokument i numer dokumentu:.....

Uzupełnij poniższe informacje, aby ułatwić lekarzowi kwalifikację dziecka do szczepień.

Czy dziś lub w ciągu ostatnich kilku dni u dziecka występowały objawy choroby? TAK/NIE

Jeśli tak, to:

Czy występowała temperatura $>38^{\circ}\text{C}$? TAK/NIE

Dziecko było w szpitalu? TAK/NIE

Stosowany był antybiotyk? TAK/NIE

Czy zostały rozpoznane jakieś choroby przewlekłe? TAK/NIE

Jeśli tak, to jakie?

Czy w przeszłości dziecko było w szpitalu (poza narodzinami)? TAK/NIE

Jeśli tak, to z jakiego powodu?

Czy dziecko przyjmuje leki na stałe? TAK/NIE

Jeśli tak, to jakie?

Czy dziecko jest na coś uczulone? TAK/NIE

Jeśli tak, to była to alergia na:

Antybiotyki? TAK/NIE

Białka jaja kurzego? TAK/NIE

Żelatynę? TAK/NIE

Pokarmy? TAK/NIE

Lateks? TAK/NIE

Inne, jakie?

Czy dziecko było wcześniej szczepione? TAK/NIE

Jeśli tak, to przygotuj dokument zawierający informacje o poprzednich szczepieniach. Jeśli nie masz takiego dokumentu, to zaznacz szczepienia na załączonym kalendarzu szczepień

Czy po poprzednich dawkach szczepienia wydarzyło się coś niepokojącego? TAK/NIE

Jeśli tak, to czy wystąpiły:

Wstrząs? TAK/NIE

Reakcja alergiczna niewymagająca hospitalizacji? TAK/NIE

Gorączka $>38^{\circ}\text{C}$? TAK/NIE

Drgawki? TAK/NIE

Nieutulony płacz? TAK/NIE

Czy opiekun ma jakiegokolwiek pytania/wątpliwości, które chciałby wyjaśnić z lekarzem? TAK/NIE

Jeśli tak, to czy zostały one wyjaśnione? TAK/NIE

Data:

Podpis opiekuna:.....

Вік / wiek	Щеплення проти	Szczepionka	Data
1 день / 1 doba	Гепатиту В	WZW B 1 dawka	
3-5 днів / 3-5 doba	Туберкульозу	Gruźlica (BCG) 1 dawka	
2 місяці / 2 miesiąc	Гепатиту В	WZW B 2 dawka	
	Дифтерії, кашлюка, правця	Włonica, tężec, krztusiec 1 dawka	
	Поліомієліту	Polio (IPV) 1 dawka	
	Гемофільної інфекції	HiB 1 dawka	
4 місяці / 4 miesiąc	Дифтерії, кашлюка, правця	Włonica, tężec, krztusiec 2 dawka	
	Поліомієліту	Polio (IPV) 2 dawka	
	Гемофільної інфекції	HiB 2 dawka	
6 місяців / 6 miesiąc	Гепатиту В	WZW B 3 dawka	
	Дифтерії, кашлюка, правця	Włonica, tężec, krztusiec 3 dawka	
	Поліомієліту	Polio (OPV) 3 dawka	
12 місяців / 12 miesiąc	Гемофільної інфекції	HiB 3 dawka	
	Кору, краснухи, паротиту	MMR 1 dawka	
18 місяців / 18 miesiąc	Дифтерії, кашлюка, правця	Włonica, tężec, krztusiec 4 dawka	
	Поліомієліту	Polio (OPV) 4 dawka	
6 років / 6 lat	Дифтерії, правця	Włonica, tężec 5 dawka	
	Поліомієліту	Polio (OPV) 5 dawka	
	Кору, краснухи, паротиту	MMR 2 dawka	
14 років / 14 lat	Поліомієліту	Polio (OPV) 6 dawka	
16 років / 16 lat	Дифтерії, правця	Włonica, tężec 6 dawka	
Od 6 miesiąca	Грипу	Grypa – data ostatniej dawki	
Od 2 miesiąca	Пневмококової інфекції	Pneumokoki (PCV), 2-3 dawki podst. + 1 dawka przyp.	
Od 2 miesiąca	Менінгококової інфекції	Meningokoki, zależnie od typu i wieku 1-4 dawki	
Od 2 miesiąca	Ротавірусної інфекції	Rotawirusy, 2-3 dawki	
Od 9 miesiąca	Жовтої лихоманки	Żółta gorączka	
Od 1 roku	Гепатиту А	WZW A, 2 dawki	
Od 1 roku	Вітряної віспи	Ospa wietrzna, 2 dawki	
Od 1 roku	Кліщового енцефаліту	KZM, 3 dawki podstawowe	
Od 3 roku	Чуми	Dżuma (EV NIEG)	
Od 7 roku	Черевного тифу	Dur brzuszny, 3 dawki	
Od 7 roku	Туляремії	Tularemia	
Od 9 roku	Папіломавірусної інфекції	HPV, 2-3 dawki	
Інші / inne			
Інші / inne			
Інші / inne			