

Kwalifikacja do szczepienia

Imię i Nazwisko:

Data urodzenia:

Miejsce urodzenia:

Czy po poprzednich szczepieniach u dziecka występowały działania niepożądane? tak nie

Czy w ciągu ostatnich 24 godzin Pani/Pana córka była szczepiona? tak nie

Czy Pani/Pana córka była szczepiona przeciwko rakowi szyjki macicy wywoływanemu przez HPV 16 i 18? tak nie

Czy obecnie u Pani/Pana córki występuje choroba przebiegająca z gorączką? tak nie

Czy u Pani/Pana córki stwierdzono zaburzenia odporności, lub Pani/Pana córka zażywa leki obniżające odporność? tak nie

Czy stwierdzono u Pani/Pana córki zaburzenia krzepnięcia krwi? tak nie

Czy Pani/Pana córka jest w ciąży lub podejrzewa Pani/Pan, że może być? tak nie

Czy u dziecka występują schorzenia przewlekłe? tak nie

Uwagi lekarza:.....

.....

.....

Podano szczepionkę *Cervarix*[®]

	data podania	nr serii szczepionki	Stwierdzam przeciwwskazania do podania szczepionki	
			tak	nie
1 dawka	<input type="text"/>	<input type="text"/> <small>wklej nr serii</small>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
2 dawka	<input type="text"/> <small>1 miesiąc po podaniu 1 dawki</small>	<input type="text"/> <small>wklej nr serii</small>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
3 dawka	<input type="text"/> <small>6 miesiąc po podaniu 1 dawki</small>	<input type="text"/> <small>wklej nr serii</small>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

..... podpis lekarza

..... podpis lekarza

..... podpis lekarza

Realizacja świadczeń zdrowotnych finansowana ze środków budżetowych Miasta Poznań.

