

# KARTA UODPORNENIA

Nazwisko i imię nr PESEL lub nr dokumentu tożsamości - w przypadku osób nieposiadających nr PESEL	nazwisko imię PESEL	Data urodzenia dzień    miesiąc    rok
--	---------------------------	---

## Obowiązki w zakresie ochrony

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