FORMULARZ ŚWIADOMEJ ZGODY
NA SZCZEPIENIA OCHRONNE DZIECKA

(pieczątka oddziału)

Zostałam (em) w pełni poinformowana (y) w sposób dl a mnie zrozumiały o następstwach zastosowania al bo zaniechania szczepień ochronnych dziecka. Zapewniono mi nieograniczone możl iwości zadawania pytań i na wszystkie udziel ono mi odpowiedzi i wyjaśnień w sposób dl a mnie zrozumiały i nie budzący żadnych wątpl iwości.

wyrażam świadomą zgodę ☐

nie wyrażam zgody ☐

. . . . . .
(data, podpis rodzica / opiekuna)

Płeć: K☐ M ☐ dat a urodzenia: _ _ / _ _ 20 _ _ imię i nazwisko mat ki: .....

WIRUSOWE ZAPALENIE WĄTROBY TYPU B

Wskazania do szczepienia	Kolejna dawka	podstawowe		
		1	2	3
Matka z Hbs Ag+	Data szczepienia			
	Rodzaj szczepionki			
Kontakt z nosicielem	Dawka w ml			
Inne	Nr serii wytwórnia			
	Popis i pieczątka szczepiącego			

. . . . . .
(podpis i pieczątka lekarza kwalifikującego)

GRUŹLICA

Szczepienia BCG	Data szczepienia		Kontakt z gruźlicą
	Nr serii wytwórnia		Od:
	Podpis i pieczątka szczepiącego		Do:

.....
(podpis i pieczątka lekarza kwalifikującego)

PRZECIWWSKAZANIA DO SZCZEPIEŃ

Przeciwko	Data szczepienia	Data ustania	Rodzaj przeciwwskazania	Podpis i pieczątka lekarza kwalifikującego

admed® MEDICAL PARTNER

.....
(podpis i pieczątka lekarza)

Płeć: K□ M □ data urodzenia: _ _ / _ _ 20 _ _ imię i nazwisko matki: …. . . . . .

Data	OBSERWACJE LEKARSKIE	ZALECENIA

Admed® MEDICAL PARTNER

/każdy wpis opatrzony podpisem i pieczątką lekarza/