3. Czy u dziecka po poprzednich szczepieniach wystąpiła wysypka lub inne dolegliwości* NIE TAK jeśli tak, proszę podać:
   - kiedy .....
   - po jakiej szczepionce .....
   - jakie dolegliwości .....
4. Ewentualne uwagi rodziców (opiekunów) .....

.....

..... data

..... podpis matki lub ojca (opiekuna)

Część B. Kwalifikacja lekarska (wypełnia lekarz po zbadaniu dziecka i zapoznaniu się z dokumentacją ucznia).

Stwierdzam, że: 1. Ucznia można szczepić
2. Szczepienie jest przeciwwskazane .....

.....

..... data

..... podpis i pieczęć lekarza

* właściwe podkreślić

INFORMACJA DOTYCZĄCA SZCZEPIENIA

..... Imię i nazwisko ucznia Klasa

w dniu ..... planowane jest: *

1. Szczepienie przeciwko chorobie Heinego-Medina (poliomyelitis), błonnicy i tężcowi, różyczce .....
2. Próba tuberkulinowa, a w przypadku jej ujemnego wyniku - szczepienie przeciwko gruźlicy.

Część A. Wypełniają rodzice ucznia

1. Czy dziecko w ciągu ostatniego miesiąca chorowało? * NIE TAK
   jeśli tak, proszę podać:

- na jaką chorobę .....
- jakie otrzymywało leki .....

2. Czy dziecko otrzymuje lub otrzymywało w ciągu ostatnich 6 tygodni:
   a) inną szczepionkę, w tym odczulającą (przeciwalergiczną)* NIE TAK
      jeśli tak, proszę podać jaką
   b) gammaglobulinę NIE TAK

* właściwe podkreślić

Admed® MEDICAL PARTNER
Ogólnopolskie Centrum Zaopatrzenia Medycznego
infolinia 24/7:+48 792 863 761 tel./fax. 62 751 24 02 / (62) 30 70 666
www.admed.org.pl zamówienia: sklep@admed.org.pl klient@admed.org.pl