

0213135547

Unitatea sanitară

Semnătura și parafa medicului.

(denumire, adresă, telefon, fax)

Fișa de vaccinare*

Numele și prenumele:

Sexul: Vârsta:

Adresa (strada, nr. oraș, județ/sector)

Instituția la care dorește să se înscrie (școala, liceul, grădinița, creșa...):

Numele și prenumele părintelui:

Telefoane de contact ale părintelui:

Vaccinări

- numărul carnetului de vaccinare al copilului

a) vaccinări conform Programului Național de Vaccinare

*hepatita B	___/___/___	___/___/___	___/___/___	___/___/___
BCC	___/___/___	___/___/___	___/___/___	___/___/___
*DTP	___/___/___	___/___/___	___/___/___	___/___/___
*Hib	___/___/___	___/___/___	___/___/___	___/___/___
*Polio	___/___/___	___/___/___	___/___/___	___/___/___
ROR	___/___/___	___/___/___	___/___/___	___/___/___

* se mentioneaza toate antigenele administrate, indiferent de tipul de vaccin utilizat (mono-, tetra-, penta- sau hexavalente)

b) vaccinări opționale

gripal	___/___/___	___/___/___	___/___/___	___/___/___
pneumococic	___/___/___	___/___/___	___/___/___	___/___/___
rotavirus	___/___/___	___/___/___	___/___/___	___/___/___
varicela	___/___/___	___/___/___	___/___/___	___/___/___
HPV	___/___/___	___/___/___	___/___/___	___/___/___
Hepatita A	___/___/___	___/___/___	___/___/___	___/___/___
Altele specificați	___/___/___	___/___/___	___/___/___	___/___/___

Data

Eliberat de

(nume, prenume, parafa, semnatura)

* Însoțește avizul epidemiologic la înscrierea preșcolărilor și elevilor în unitatea de învățământ

