

наименование учреждения _____

КАРТА ПРОФИЛАКТИЧЕСКИХ ПРИВИВОК

Взят на учёт _____
датаНаименование детского учреждения (для организованных детей)

1. Фамилия, имя, отчество _____

2. Дата рождения _____ 3. Домашний адрес: населённый пункт _____

улица _____ дом № _____ корпус _____ квартира _____

1 Прививка против туберкулеза (БЦЖ)						2 Туберкулезные пробы	
Возраст	Дата	Доза	Серия	Результат	Подпись	Дата	Результат

3 Реакция Манту													
№ п/п	Дата	Возраст	Серия	Доза	Результат	Подпись	№ п/п	Дата	Возраст	Серия	Доза	Результат	Подпись
1							10						
2							11						
3							12						
4							13						
5							14						
6							15						
7							16						
8							17						
9							18						

4 Прививки против полиомиелита											
Вид иммунизации	Вакцинация			Ревакцинация (плановая)			Ревакцинация (туровая)				
	I	II	III	I	II	III	I	II	III	IV	
Дата											
Возраст											
Серия											
Доза											
Реакция											
Подпись											

5 Прививки против дифтерии, коклюша, столбняка								
Вид иммунизации	Дата	Возраст	Серия	Доза	Наименование препарата *	Реакция		Подпись
						Общая (Т)	Местная	
Вакцинация	I							
	II							
	III							
Ревакцинация	I							
	II							
	III							
	IV							
	V							

6 Прививки против паротита							
Вид иммунизации	Дата	Возраст	Серия	Доза	Реакция		Подпись
					Общая (Т)	Местная	
Вакцинация							
Ревакцинация							

*Препарат обозначить буквами: АКДС – адсорбированная, коклюшно – дифтерийно – столбнячная вакцина, АДС – адсорбированный дифтерийно – столбнячный анатоксин, АДС – М – анатоксин – адсорбированный дифтерийно – столбнячный анатоксин с уменьшенным содержанием антигенов, АД – адсорбированный дифтерийный анатоксин, АС – адсорбированный столбнячный анатоксин, К – коклюшная вакцина

7 Прививки против кори							
Вид иммунизации	Дата	Возраст	Серия	Доза	Реакция		Подпись
					Общая (Т)	Местная	
Вакцинация							
Ревакцинация							

8 Прививки против гепатита «В»							
Вид иммунизации	Дата	Возраст	Серия	Доза	Реакция		Подпись
					Общая	Местная	

9 Прививки против краснухи							
Вид иммунизации	Дата	Возраст	Серия	Доза	Реакция		Подпись
					Общая	Местная	

10 Введение гаммаглобулина (по показаниям)						
Дата	Причина		Серия	Доза	Реакция	Подпись

11 Прочие прививки						
Название						
Дата						
Возраст						
Серия						
Доза						
Способ введения						
Реакция						
Подпись						

Отводы от прививок				
Название прививки	Дата	Причина	Срок отвода	Подпись

www.genlayn.ru