

DOĆI PONOVO NA VAKCINU

BRČKO-DISTRIKT BIH

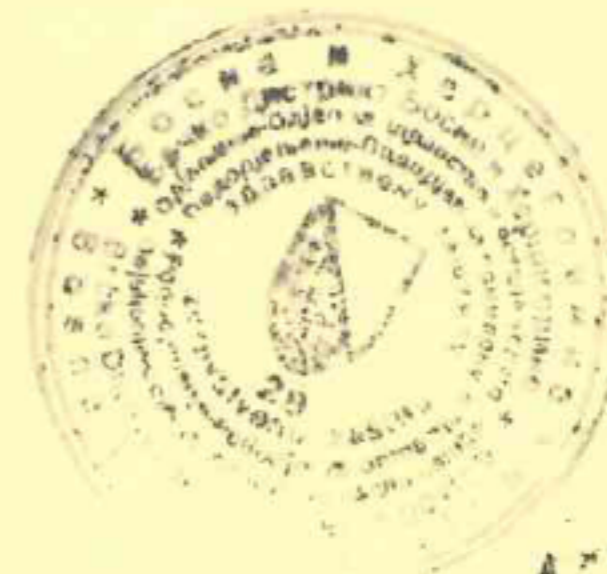
KARTON IMUNIZACIJE

IME

PREZIME

DATUM ROĐENJA

MJESTO STANOVANJA



Predškolska dob	
BCG	_____
Hep B	_____ _____ _____
PRIMARNO CIJEPLJENJE	Di-Te-Per-Hib _____ _____ _____
	POLIO _____ _____ _____
	MRP _____ _____
REVAKINACIJA	Di-Te-Per-Hib _____
	Di-Te-Per _____
	POLIO _____ _____
	MRP _____

Školska dob	
Hep B	_____ _____ _____
Di-Te aDULT	_____
POLIO	_____
OSTALA CIJEPLJENJA	_____