Zdravstvena ustanova .....

Organizaciona jedinica .....

Broj kartona .....

LISTA IMUNIZACIJA

Lični podaci

..... m - ž

Ime, ime oca i prezime

.....

Mjesto, dan, mjesec i godina rođenja

.....

Puna adresa stalnog boravka

Matični broj ..... Lični broj osiguranika .....

Registarski broj.obvez. doprinosa ..... Šifra djelatnosti .....

Lična anamnpre (prebolio)

Pertusis, god: ..... Hepatitis epid., god: .....

Morbili, god: ..... M. reumatikus, god: .....

Diphteria, god: ..... TBC god: .....

Rubeola, god: .... god: .....

ALERGIČAN: .....

.....

.....

IMUNIZACIJA PROTIV TUBERKOLOZE

BCG					
Datum	Vrsta, br. serije i prizvođač	Količina	Uspjeh	Razlog zbog kojeg nije izvršena imunizacija	Dijagnoza kod kontraindikacija i reakcije poslije vakcinacije

HEPATITIS B

Vrsta imunizacije	Datum	Vrsta, broj serije i proizvođač	Količina	Razlog zbog kojeg nije izvršena imunizacija
I				
II				
III				

DIFTERIJA, TETANUS, PERTUSIS (Di-Te-Per)

	Datum	Vrsta, broj serije i proizvođač cjepiva	Količina	Uspjeh imunizacije, odnosno razlog zbog kojeg nije izvršena imunizacija
I doza				
II doza				
III doza				
I rev.				
II rev.				

DIFTERIJA, TETANUS (Di-Te)

I doza				
II doza				
I rev.				
II rev.				

TETANUS (Te)

I doza				
II doza				
Rev.				

MALE BOGINJE, RUBEOLE, ZAUŠKE (MORBILLI,RUBEOLA,PAROTITIS,EPIDEMICA)

VAKC.				
REV. MORBIUCI				

DJEČIJA PARALIZA (POLIOMYELITIS)

I doza				
II doza				
III doza				
I rev.				
II rev.				
III rev.				
IV rev.				

OSTALE IMUNIZACIJE I IMUNOPROFILAKSA

Vrsta imunizacije	Datum	Vrsta, broj serije i proizvođač	Količina	Uspjeh	Razlog zbog kojeg nije izvršena imunizacija