

Broj
kartona**OSTALE IMUNIZACIJE I IMUNOPROFILAKSE**

Broj doza	Vrsta, broj serije i proizvođač vakcina	Datum aplikacije	Količina u ml.	Mjesto i način aplikacije

REAKCIJE POSLIJE VAKCINISANJA

--

KONTRAINDIKACIJE

Dijagnoza	Privremena	Trajna

Općina: _____

Zdravstvena organizacija: _____

Cjepni centar: _____

KARTON VAKCINACIJE

Prezime: _____ ime _____

Ime jednog roditelja: _____ datum rođenja: _____

Mjesto rođenja: _____ telefon _____

Mjesto i adresa stanovanja: _____

Promjena mjesta i adrese stanovanja: _____

Osobna anamneza (bolesti koje je prebolio/la):

Petussis	_____ god.	Hepatitis A	_____ god.
Morbili	_____ god.	Hepatitis B	_____ god.
Diphtheria	_____ god.	Morbus rheumat.	_____ god.
Rubeola	_____ god.	TBC	_____ god.

Alergije:

TUBERKULOZA

Broj doza	Vrsta, broj serije i proizvođač vakcina	Datum	Količina u ml	Mjesto i način aplikacije	Nije vakcinisan zbog
Vakcinisanje					

HEPATITIS B

Broj doza	Vrsta, broj serije i proizvođač vakcina	Datum	Količina u ml	Mjesto i način aplikacije	Nije vakcinisan zbog
I doza					
II doza					
III doza					
Revakcinisanje					

DIPHTERIA, TETANUS, PERTUSSIS (DTPa, DTPa-IPV*)

Broj doza	Vrsta, broj serije i proizvođač vakcina	Datum	Količina u ml	Mjesto i način aplikacije	Nije vakcinisan zbog
I doza					
II doza					
III doza					
Revakcinisanje					

POLIOMYELITIS (IPV, OPV)**

Broj doza	Vrsta, broj serije i proizvođač vakcina	Datum	Količina u ml	Mjesto i način aplikacije	Nije vakcinisan zbog
I doza					
II doza					
III doza					
Revak. I					
Revak. II					
Revak. III					

HAEMOPHILUS INFLUENZAE TIB B

Broj doza	Vrsta, broj serije i proizvođač vakcina	Datum	Količina u ml	Mjesto i način aplikacije	Nije vakcinisan zbog
I doza					
II doza					
Revak.					

MORBILLI, RUBEOLA, PAROTITIS

Broj doza	Vrsta, broj serije i proizvođač vakcina	Datum	Količina u ml	Mjesto i način aplikacije	Nije vakcinisan zbog
Vakcinisanje					
Revakcinisanje					

DIPHTERIA, TETANUS

Broj doza	Vrsta, broj serije i proizvođač vakcina	Datum	Količina u ml	Mjesto i način aplikacije	Nije vakcinisan zbog
I doza					

TETANUS

Broj doza	Vrsta, broj serije i proizvođač vakcina	Datum	Količina u ml	Mjesto i način aplikacije	Nije vakcinisan zbog
I doza					

* **Kombinirano cjevivo DTPa+IPV navoditi u ove rubrike**** **Navesti IPV samo ako se daje posebno (ako nije u sastavu kombiniranog vakcina)**