

наименование учреждения _____

КАРТА ПРОФИЛАКТИЧЕСКИХ ПРИВИВОК

Взят на учёт _____
дата

Наименование 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

