

Kwalifikacja do szczepienia

Imię i Nazwisko:

Data urodzenia:

Miejsce urodzenia:

Czy po poprzednich szczepieniach u dziecka występowały działania niepożądane? tak nie
☐ ☐

Czy w ciągu ostatnich 24 godzin Pani/Pana córka była szczepiona? tak nie
☐ ☐

Czy Pani/Pana córka była szczepiona przeciwko rakowi szyjki macicy wywoływanemu przez HPV 16 i 18? tak nie
☐ ☐

Czy obecnie u Pani/Pana córki występuje choroba przebiegająca z gorączką? tak nie
☐ ☐

Czy u Pani/Pana córki stwierdzono zaburzenia odporności, lub Pani/Pana córka zażywa leki obniżające odporność? tak nie
☐ ☐

Czy stwierdzono u Pani/Pana córki zaburzenia krzepnięcia krwi? tak nie
☐ ☐

Czy Pani/Pana córka jest w ciąży lub podejrzewa Pani/Pan, że może być? tak nie
☐ ☐

Czy u dziecka występują schorzenia przewlekłe? tak nie
☐ ☐

Uwagi lekarza:

.....

Podano szczepionkę Cervarix®

	data podania	nr serii szczepionki	Stwierdzam przeciwwskazania do podania szczepionki	
			tak	nie
1 dawka		wklej nr serii	☐	☐
2 dawka	1 miesiąc po podaniu 1 dawki	wklej nr serii	☐	☐
3 dawka	6 miesięcy po podaniu 1 dawki	wklej nr serii	☐	☐

..... podpis lekarza

..... podpis lekarza

..... podpis lekarza

Realizacja świadczeń zdrowotnych finansowana ze środków budżetowych Miasta Poznań.