

ZAPOTRZEBOWANIE NA SZCZEPIONKI

Lp.	Nazwa preparatu	Jednostka miary	Ilość szczepionki	Uwagi
1	DTP -Szczepionka błoniczo-tężcowo-krztuścowa	amp.		
2	Szczepionka p/błonicy, tężcowi, krztuścowi – 6 r.ż.	ampułko strzykawka		
3	dTpa - Szczepionka p/błonicy, tężcowi, krztuścowi (14 r.ż.)	ampułko strzykawka		
4	Td - Szczepionka tężcowo-błonicza (19 r.ż.)	amp.		
5	TT - Szczepionka p/tężcowa	amp.		
6	BCG- Szczepionka p/gruźlicza	amp.		
7	Szczepionka p/WZW typu B dla dzieci 0,5 ml.	fiol.		
8	Szczepionka p/WZW typu B dla dorosłych 1,0 ml.	fiol.		
9	Szczepionka p/WZW typu B dla dializowanych 1,0 ml.	fiolka		
10	Szczepionka p/ <i>poliomyelitis</i>	ampułko strzykawka		
11	Szczepionka p/odrze, śwince, różyczce	fiolka		
12	Szczepionka p/wścieklicznie	ampułko strzykawka		
13	Szczepionka p/ <i>Haemophilus infl.</i> typu b	ampułko strzykawka		
14	Prevenar - Szczepionka p/ <i>Streptococcus pneumoniae</i>	ampułko strzykawka		
15	Synflorix - Szczepionka p/ <i>Streptococcus pneumoniae</i>	ampułko strzykawka		
16	Szczepionka p/Ospie wietrznej	ampułko strzykawka		
17	Pentaxim – szczepionka 5w1	ampułko strzykawka		
18	Infanrix-IPV-Hib – szczepionka 5w1	ampułko strzykawka		

Osoba upoważniona do odbioru szczepionek

Imię i nazwisko

.....
 (podpis i pieczęćka Kierownika Przychodni
 lub osoby upoważnionej)