

Nazwa i adres punktu szczepień

Część I STAN MAGAZYNOWY SZCZEPIONEK NA DZIEŃ 20..... roku

NAZWA PREPARATU	NUMER SERII	DATA WAŻNOŚCI	ILOŚĆ
p/ gruźlicy:			
p/WZW typu B 0,5 ml - dzieci:			
p/WZW typu B 1,0 ml - dorośli:			
p/WZW typu B 1,0 ml - dializy:			
p/ rotawirusom:			
p/ Haemophilus influenzae typu B:			
p/ błonicy, tężcowi, krztuścowi:			
p/ poliomyelitis:			
p/ odrze, śwince, różyczce:			
p/ Streptococcus pneumoniae:			
p/ ospie wietrznej:			
DTaP-HiB-IPV (5w1):			
DTaP-IPV (4w1) dla 5-latków:			

Tdap dla 13-latków:			
Td dla 18-latków:			
p/ tężcowi:			

Część II

PRZEKAZANIE SZCZEPIONEK w okresie od20..... r. do20..... r.

Nazwa preparatu, numer serii, data ważności	ilość	Nazwa podmiotu, do którego zostały przekazane szczepionki	Nazwa podmiotu, od którego zostały przyjęte szczepionki	Data przekazania/ przyjęcia szczepionek

Data sporządzenia oraz imię i nazwisko osoby sporządzającej sprawozdanie: