…………………………..

Pieczęć placówki

**Zużycie preparatów szczepionkowych za okres ……… kw. 2024 r.**

|  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- |
| **Lp.** | **Imię i nazwisko****adres dziecka** | **Data urodzenia** | **Szczepionka p/Streptococcus pneumoniae inj. 1 dawka** | **Szczepionka p/Ospie wietrznej****inj. 1 dawka****data szczepienia, nr serii, data ważności** |
| **która to dawka w życiu dziecka** | **data szczepienia,****nr serii, data ważności** |
|  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |

**UWAGA: potwierdzenia rozpoznania zgodnie z Rozporządzeniem przez lekarz specjalistę dołączyć do historii choroby.**

 **…………………………………..**

 **(podpis kierownika placówki)**