nazwa i adres
świadczeniodawcy prowadzącego punkt szczepień

		Stany magazynowe na dzień …….			
Lp.	**Szczepionka/nazwa choroby**	**Nazwa szczepionki**	**Seria**	**Data ważności**	**Ilość posiadanej szczepionki**
1.	**gruźlica** (ampułka/fiolka zawiera 10-dawek)	BCG			
2.	**odra, świnka i różyczka**	MMR			
3.	**odra, świnka i różyczka**	Priorix			
4.	**VZV** - ospa wietrzna	Varivax			
5.	**VZV -** ospa wietrzna	VARILRIX			
6.	**ROTA** - rotawirusy	Rotateq			
7.	**HBV** - wirusowe zapalenie wątroby typu B – dzieci (0,5 ml)	Euvax 0.5			
8.	**HBV** - wirusowe zapalenie wątroby typu B dla dorosłych (1,0 ml)	Euvax 1,0			
9.	**HBV** - wirusowe zapalenie wątroby typu B – dializowani (1,0 ml)	Engerix			
10.	**PCV-10** - Streptococcus pneumoniae	Synflorix			
11.	**PCV-13 -** Streptococcus pneumoniae **dla całej populacji**	Prevenar-13			
12.	**PCV-13** - Streptococcus pneumoniae dla **grup ryzyka**	Prevenar-13			
13.	**IPV** – poliomyelitis (inaktywowana)	Immovax Polio			
14.	**HiB** - Haemophilus influenze typ B	Act-Hib			
15.	**DTwP -** błonica, tężec, krztusiec (pełnokomórkowa)	DTP			
16.	**DTaP-HiB-IPV (5-w-1)**	Pentxim			
17.	**DTaP-HiB-IPV (5-w-1)**	Infanrix-IPV-HiB			
18.	**DTaP-IPV (4-w-1)** błonica, tężec, krztusiec, poliomyelitis	Tetraxim			
19.	**DTaP-IPV (4-w-1)** błonica, tężec, krztusiec, poliomyelitis	Infanrix-IPV			
20.	**Tdap** - błonica, tężec, krztusiec (dla osób powyżej 6 r.ż.)	Tdap			
21.	**Td** - błonica, tężec	Clodivac			
22.	**T** - tężec	Tetana			
23.	**p/wściekliznie**	verorab			
24.	**sz. p. wirusowi brodawczaka ludzkiego**	CERVARIX			
25.	**sz. p. wirusowi brodawczaka ludzkiego**	GARDASIL 9			

imię i nazwisko osoby sporządzającej:

imię i nazwisko osoby zatwierdzającej:

…….

…….