.................................................
(pieczęć placówki)

**Zużycie preparatu z acelularnym krztuścem DTaP na szczepienia dzieci**

**ze stałymi przeciwwskazaniami do szczepień preparatem komórkowym DTPw za …… kw. 2024 r.**

|  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- |
| **Imię, nazwisko****i adres dziecka** | **Data****urodzenia** | **Szczepienia DTaP** | **Ewentualne wcześniejsze****szczepienia DTPw** |
| **która to dawka w życiu dziecka** | **data szczepienia****nr serii, data ważności.** | **ile dawek** | **data szczepienia** |
|  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |

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

…………….................................................
(podpis i pieczęć kierownika zakładu)