

KARTA SZCZEPIENIA

Imię i nazwisko: PESEL:

Adres:

WYWIAD

Czy po uprzednich szczepieniach wystąpiły u Pani działania niepożądane (wymioty, biegunka, zawroty głowy, wysypka skórna)?

- tak
 nie

Czy była Pani szczepiona w ciągu ostatnich 4 tygodni?

- tak
 nie

Czy choruje Pani obecnie na infekcję przebiegającą z gorączką powyżej 38 st. C?

- tak
 nie

Czy znajduje się Pani obecnie w fazie zaostrzenia choroby przewlekłej?

- tak
 nie

Czy jest Pani w ciąży?

- tak
 nie

Wyrażam zgodę na szczepienie szczepionką Gardasil9, która jest zarejestrowana od 9 r.ż.

.....

.....
(podpis pacjenta)

Uwagi lekarza:

.....

.....

..... Pacjenta zakwalifikowano do szczepienia

| | | |
|--|---|--|
| Gardasil9 nr serii data podania dawki I <i>podpis i pieczętka lekarza</i> | Gardasil9 nr serii data podania dawki II <i>podpis i pieczętka lekarza</i> | Gardasil9 nr serii data podania dawki III <i>podpis i pieczętka lekarza</i> |
|--|---|--|