

## 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 .....

.....  
(podpis pacjenta)

Uwagi lekarza: .....

.....

.....

..... Pacjenta zakwalifikowano do szczepienia

Data podania dawki I	Data podania dawki II	Data podania dawki III
..... <i>podpis i pieczętka lekarza</i>	..... <i>podpis i pieczętka lekarza</i>	..... <i>podpis i pieczętka lekarza</i>