

КАРТА ПРОФИЛАКТИЧЕСКИХ ПРИВИВОК

Взят на учет _____

Наименование детского учреждения (для организованных детей) _____

1. Фамилия, имя, отчество _____

2. Дата рождения _____ 3. Домашний адрес: населенный пункт _____
улица _____ дом № _____ корпус _____ квартира _____

1. Прививка против туберкулеза					
Возраст	Дата	Доза	Серия	Результат	Подпись

2. Туберкулезные пробы	
Дата	Результат

3. Реакция Манту													
№ п/п	Дата	Возраст	Серия	Доза	Результат	Подпись	№ п/п	Дата	Возраст	Серия	Доза	Результат	Подпись
1							10						
2							11						
3							12						
4							13						
5							14						
6							15						
7							16						
8							17						
9							18						

4. Прививки против полиомиелита									
Вид иммунизации	Дата	Возраст	Серия	Доза	Наименование препарата*	Реакция		Подпись	
						Общая (Т)	Местная		
Вакцинация	I								
	II								
	III								
Ревакцинация	I								
	II								
	III								
	IV								

5. Прививки против дифтерии, коклюша, столбняка									
Вид иммунизации	Дата	Возраст	Серия	Доза	Наименование препарата*	Реакция		Подпись	
						Общая (Т)	Местная		
Вакцинация	I								
	II								
	III								
Ревакцинация	I								
	II								
	III								
	IV								
	V								

6. Прививки против паротита									
Вид иммунизации	Дата	Возраст	Серия	Доза	Реакция		Подпись		
					Общая (Т)	Местная			
Вакцинация									
Ревакцинация									

* Препарат обозначить буквами: АКДС – адсорбированная, коклюшно-дифтерийно-столбнячная вакцина, АДС – адсорбированный дифтерийно-столбнячный анатоксин, АДС-М – анатоксин-адсорбированный дифтерийно-столбнячный анатоксин с уменьшенным содержанием антигенов, АД – адсорбированный дифтерийный анатоксин, АС – адсорбированный столбнячный анатоксин, К – коклюшная вакцина

