*……………………………………………………………………..*

***Pieczęć Realizatora***

**KARTA SZCZEPIEŃ PACJENTA**

**Imię i nazwisko**…………………………………………………………………………………………………………………………….……….………

**PESEL**………………………………………………………………………………………………………………………………………………………….…

**Wywiad (zaznaczyć właściwe):**

Czy po poprzednich szczepieniach wystąpiły u Pana/Pani działania niepożądane?

 **TAK / NIE**

Czy jest Pani/Pan uczulona/y na jajka lub białko kurze lub na jeden ze składników szczepionki ?

**TAK / NIE**

Czy była Pani/Pan szczepiona/y w ciągu ostatnich 4 tygodni?

 **TAK / NIE**

Czy choruje Pan/Pani obecnie na infekcję przebiegającą z gorączką?

**TAK / NIE**

Czy znajduje się Pani/Pan obecnie w fazie zaostrzenia choroby przewlekłej?

**TAK / NIE**

Czy ma Pani/Pan niedobory odporności?

**TAK / NIE**

**Badanie kwalifikujące do szczepienia:**

…………………………………………………………………………………….………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………….………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………….……………………………………………

…………………………………………...

 Pieczątka i podpis

………………………………………………..

 data badania

**Szczepionka: ……………….……………………...**

**Data podania: ……………………………………..**

**Numer serii: ………………………………………..**

 Podpis pielęgniarki wykonującej szczepienie:

……………………………………………………………………………