Poinformowano o szczepieniach obowiązkowych i zalecanych.

podpis Rodzica

Por. D: Oz. Stracoczyn
przyjęto 05.03.2026

Świętokrzyskie Centrum Matki i Noworodka
Szpital Specjalistyczny w Kielcach

KARTA UODPORNIENIA

Nazwisko i imię nr PESEL lub nr dokumentu tożsamości – w przypadku osób nieposiadających nr PESEL	Nazwisko / Imię SOKÓŁ Aleksander 24311601992 Numer PESEL	Data urodzenia dzień miesiąc rok 16.-11.-2024

Obowiązkowe szczepienia ochronne

Wiek	Rodzaj szczepionki / numer dawki	Data i godzina wykonania szczepienia	Miejsce podania szczepionki	Nazwa szczepionki	Nr serii szczepionki	Podpis osoby wykonującej szczepienie
noworodek	gruźlica BCG WZW B - 1. dawka	19.11.2024 16.11.24.	l. ramię l. udo	BCG EUVAX-B	00123 UFA 23502	Sylwia Deszczyńska mgr położnictwa 1401588A
2 miesiąc życia	DTP Hib Euvax B I Pneumokoki I Rotawirusy	09.I.2024 godz. 9[10]	l. udo pr. udo doustnie	Hexacima® Lot X3C193V RotaTeq® Lot X018590 EXP 04-2025 Synflorix Lot: ASPNB365AI		Kopr Kopr Kopr
3–4 miesiąc życia	DTP Hib IPV II Rotawirusy	06.III.2025 godz. 9[40] 06.III.2025	l. udo doustnie	Lot X3C193V Hexacima® Sanofi Pasteur RotaTeq® Lot X021824 EXP 05-2025	0,5 ml 2 ml	Kopr Kopr
5–6 miesiąc życia	DTP Hib IPV III Rotawirusy II Pneumokoki	07.07.2025 godz. 10[30] 03.04.2025 06.III.2025	l. udo doustnie pr. udo	Hexacima® Lot X3C431V RotaTeq® Lot X021827 EXP 05-2025 Synflorix Lot: ASPNB365AL	0,5 ml 0,5 ml	Kopr Kopr Kopr
7 miesiąc życia	WZW B	07.07.2025	l. udo	Hexacima	0,5 ml	Kopr
12–15 miesiąc życia	Odra, świnka, różyczka III Pneumokoki	24.11.2025 godz. 11[45]	l. udo pr. udo	MMRvaxPro® Lot Y017247 EXP 09-2026 Synflorix Lot: ASPNB365AL	0,5 ml 0,5 ml	Kopr Kopr
16–18 miesiąc życia						
6 rok życia						
14 rok życia						
19 rok życia						

K_0305

nadruk lub pieczątka zawierające co najmniej nazwę (firmę), adres, numer telefonu i numer REGON podmiotu zakładającego kartę wraz z nr kontraktu	nadruk lub pieczątka zawierające co najmniej nazwę (firmę), adres, numer telefonu i numer REGON podmiotu przeprowadzającego szczepienie wraz z nr kontraktu	nadruk lub pieczątka zawierające co najmniej nazwę (firmę), adres, numer telefonu i numer REGON podmiotu przeprowadzającego szczepienie wraz z nr kontraktu	nadruk lub pieczątka zawierające co najmniej nazwę (firmę), adres, numer telefonu i numer REGON podmiotu przeprowadzającego szczepienie wraz z nr kontraktu
od 28.11.24 do	od ..... do	od ..... do	od ..... do .....

Nazwisko i imię osoby, która sprawuje prawną pieczę nad osobą objętą obowiązkowym szczepieniem ochronnym, albo opiekuna faktycznego w rozumieniu art. 3 ust. 1 pkt 1 ustawy z dnia 6 listopada 2008 r. o prawach pacjenta i Rzeczniku Praw Pacjenta (Dz. U. z 2022 r. poz.1876)

Nazwisko SOKÓŁ *imię* MONIKA

Nr telefonu 533-736-866

Adres zamieszkania

1. 26-067 STRAWCZYN SPORTOWA 12
   kod pocztowy *miejscowość* *ulica* *nr domu* *nr lokalu*
2. .....
   kod pocztowy *miejscowość* *ulica* *nr domu* *nr lokalu*
3. .....
   kod pocztowy *miejscowość* *ulica* *nr domu* *nr lokalu*

Inne szczepienia ochronne

Typ szczepienia/szczepienie przeciw	Nazwa szczepionki	Nr serii szczepionki	Data i godzina wykonania szczepienia oraz miejsce podania szczepionki	Podpis osoby wykonującej szczepienie

Przeciwwskazania do przeprowadzenia szczepień ochronnych

Szczepienie przeciw	Data stwierdzenia	Data ustania	Rodzaj przeciwwskazania	Podpis lekarza kwalifikującego

Niepożądane odczyny poszczepienne

Rodzaj odczynu	Data wystąpienia	Po jakiej szczepionce		Rodzaj odczynu	Data wystąpienia	Po jakiej szczepionce	
		nazwa	data szczepienia			nazwa	data szczepienia

Powiadomienia o szczepieniu

Data powiadomienia o szczepieniu	Data powiadomienia o szczepieniu	Data powiadomienia o szczepieniu	Data powiadomienia o szczepieniu	Data powiadomienia o szczepieniu	Data powiadomienia o szczepieniu	Data powiadomienia o szczepieniu	Data powiadomienia o szczepieniu	Data powiadomienia o szczepieniu	Data powiadomienia o szczepieniu	Data powiadomienia o szczepieniu