*WZÓR*

*Załącznik nr 2 do umowy*

***KWALIFIKACJA DO SZCZEPIENIA***

**osoby objętej świadczeniami zdrowotnymi realizowanymi w ramach „Powiatowego Programu Profilaktyki Zakażeń Wirusem Brodawczaka Ludzkiego (HPV), w tym szczepień profilaktycznych przeciw wirusowi HPV typ 16,18,6,11** **dziewcząt urodzonych w 2005 roku”**

Imię i Nazwisko dziecka:…………………………………………………………………...

Data urodzenia:………….……. tel. kontaktowy rodzica/opiekuna………………………..

1.Czy Pani/Pana dziecko było szczepione szczepionką przeciwko wirusowi HPP tak nie

|  |  |
| --- | --- |
|  |  |

 (przeciwko rakowi szyjki macicy)?

2.Czy w ciągu ostatnich 6 tygodni dziecko miało inne szczepienia ? tak nie

|  |  |
| --- | --- |
|  |  |

3.Czy w poprzednich szczepieniach dziecka występowały działania

 tak nie

niepożądane i jakie ?........................................................................

|  |  |
| --- | --- |
|  |  |

4.Czy dziecko jest leczone z powodu choroby przewlekłej i jakiej ? tak nie

|  |  |
| --- | --- |
|  |  |

5. Czy dziecko zażywa przewlekle leki i jakie?................................................ tak nie

|  |  |
| --- | --- |
|  |  |

6.Czy u Pani/Pana dziecka stwierdzono zaburzenia odporności ? tak nie

|  |  |
| --- | --- |
|  |  |

 podpis lekarza

**Stwierdzam przeciwwskazania do szczepienia**

Podano szczepionkę ………. data podania nr serii podpis pielęgniarki

I dawka

wklej nr serii

II dawka data podania nr serii

wklej nr serii

III dawka

wklej nr serii