

СЕРТИФИКАТ
о профилактических прививках

Фамилия _____

Имя _____

Отчество _____

Дата рождения _____

Домашний адрес _____

Дата выдачи _____

*(учреждение, выдавшее сертификат: родильный дом,
родильное отделение больницы, поликлиника, медсанчасть,
здравпункт учебного заведения, предприятия, учреждения)*

Группа крови

Резус-фактор

Перенесенные инфекционные заболевания

Дата	Наименование заболевания	Наименование учреждения	Подпись врача, печать

Прививки против туберкулеза

Дата	Наименование препарата БЦЖ, БЦЖ-м	Возраст	Доза	Серия	Рубчик через 12 мес.	Результат	Подпись врача, печать

Прививки против полиомиелита

Дата	Возраст	Доза	Серия	Подпись врача, печать

Плановая аллергодиагностика туберкулеза (R-манту)

Дата	Возраст	Разведение	Доза, серия	Дата проверки	Ре- зуль- тат	Подпись врача, печать

Прививки против коклюша, дифтерии, столбняка

Дата	Наименование препарата АКДС, АКДС-М, АДС, АДС-М, АД-М, АС	Возраст	Доза	Серия	Подпись врача, печать

Отмечается введение столбнячного анатоксина (АС) как при плановой иммунизации, так и при экстренной профилактике, в том числе в сочетании с противодифтерийными препаратами (с отметкой «по травме»). Вносятся прививки против дифтерии по эпидпоказаниям и серонегативным.

Прививки против анаэробных инфекций подросткам и взрослым

Дата	Наименование препарата: секстаанатоксин, пентаанатоксин, тетраанатоксин, трианатоксин	Возраст	Доза	Серия	Подпись врача, печать

Прививки против гриппа

Дата	Наименование препарата	Возраст	Доза	Серия	Подпись врача, печать

**Прививки против инфекционных заболеваний,
эндемичных для соответствующей территории
(природно-очаговых и пр.)**

Дата	Наименование инфекции	Наименование препарата	Возраст	Доза	Серия	Подпись врача, печать