

Лични картон о извршеној имунизацији									
Презиме _____									
Име _____									
Име родитеља _____									
Датум рођења _____									
Матични број (ЈМБГ)									
Картон имунизације бр.									
Здравствена картица бр.									
Здравствени картон бр.									
Здравствена установа:									
_____									
_____									
_____									
_____									
М.П.									
Чувати уз здравствену картицу									

Вакцина		Датум имунизације	Овера
BCG			
DTaP	I		
	II		
	III		
	R 1		
	R 2		
	R 3		
TT	HTIG		
	R 4		
	R 5		
	R 6		
	R 7		
MMR	V		
	R		
Polio (IPV/OPV)	I		
	II		
	III		
	R 1		
	R 2		
	R 3		
Hepatitis B	HBIG*		
	I		
	II		
	III		
Hib	I		
	II		
	III		
PCV	I		
	II		
	III		
	R		
Друге вакцине и имунобиолошки препарати			

\* Код HBAG + мајки

Здравствена установа:	
СТРУЧНИ ТИМ ЗА ТРАЈНЕ КОНТРАИНДИКАЦИЈЕ ИЗДАЈЕ ПОТВРДУ БРОЈ: _____, Од: _____ О УТВРЂЕНОЈ ТРАЈНОЈ КОНТРАИНДИКАЦИЈИ ЗА ПРИМЕНУ СЛЕДЕЋЕ ВАКЦИНЕ	
ЕПИДЕМИОЛОГ КООРДИНАТОР:	
М.П.	ФАКСИМИЛ:
Здравствена установа:	
СТРУЧНИ ТИМ ЗА ТРАЈНЕ КОНТРАИНДИКАЦИЈЕ ИЗДАЈЕ ПОТВРДУ БРОЈ: _____, Од: _____ О УТВРЂЕНОЈ ТРАЈНОЈ КОНТРАИНДИКАЦИЈИ ЗА ПРИМЕНУ СЛЕДЕЋЕ ВАКЦИНЕ:	
ЕПИДЕМИОЛОГ КООРДИНАТОР:	
М.П.	ФАКСИМИЛ:
Здравствена установа:	
СТРУЧНИ ТИМ ЗА ТРАЈНЕ КОНТРАИНДИКАЦИЈЕ ИЗДАЈЕ ПОТВРДУ БРОЈ: _____, Од: _____ О УТВРЂЕНОЈ ТРАЈНОЈ КОНТРАИНДИКАЦИЈИ ЗА ПРИМЕНУ СЛЕДЕЋЕ ВАКЦИНЕ:	
ЕПИДЕМИОЛОГ КООРДИНАТОР:	
М.П.	ФАКСИМИЛ: