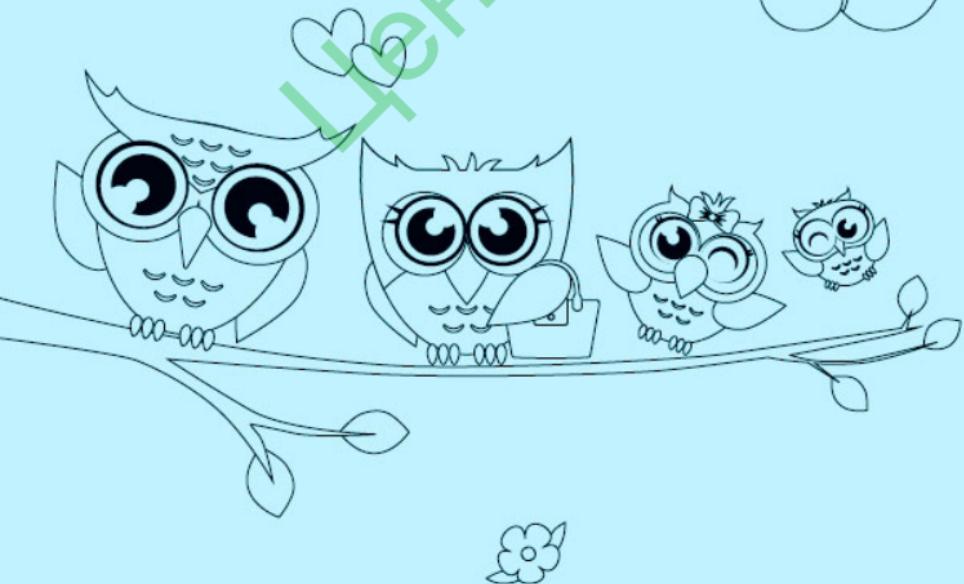


[Купить Сертификат о профилактических прививках](#)



СЕРТИФИКАТ

*о профилактических
прививках*



ЦентрМаг

ЦентрМар

СЕРТИФИКАТ

о профилактических прививках



**Министерство
здравоохранения
Российской Федерации**

*Медицинская
документационная
форма N 156/у-93
Утвержденная
Минздравом
Российской Федерации
от 17 сентября 1993 г. N 220*

наименование лечебно- профилактического учреждения

ЦентрМаг

СЕРТИФИКАТ

о профилактических прививках

Фамилия _____

Имя _____

Отчество _____

Дата рождения _____

Домашний адрес _____

Дата выдачи _____
(число, месяц, год)

<i>Группа крови</i>	<i>Резус фактор</i>

Учреждение, выдавшее сертификат

ПЕРЕНЕСЕННЫЕ ИНФЕКЦИОННЫЕ ЗАБОЛЕВАНИЯ

ПРИВИВКИ ПРОТИВ ТУБЕРКУЛЕЗА

Кратность прививки	Дата проведения	Наименование препарата (БЦЖ, БЦЖ-М)	Серия	Результат	Наименование	Подпись врача, печать
Вакцинация						
Ревакцинация						

РЕАКЦИЯ МАНТУ

Дата проведения	Серия	Дата учета	Разведение	Результат, дата проверки	Наименование учреждения	Подпись врача, печать

ПРИВИВКИ ПРОТИВ ГЕПАТИТА В

Кратность прививки	Дата проведения	Наименование препарата	Серия	Наименование учреждения	Подпись врача, печать
Первая вакцинация					
Вторая вакцинация					
Третья вакцинация					

ПРИВИВКИ ПРОТИВ ПОЛИОМИЕЛИТА

Кратность прививки	Дата проведения	Наименование препарата	Серия	Наименование учреждения	Подпись врача, печать
1 введение					
2 введение					
3 введение					
4 введение					
5 введение					
6 введение					

ПРИВИВКИ ПРОТИВ ДИФТЕРИИ, КОКЛЮША, СТОЛБНЯКА

Кратность прививки	Дата проведения	Наименование препарата	Серия	Наименование учреждения	Подпись врача, печать
1 введение					
2 введение					
3 введение					
4 введение					
5 введение					
6 введение					
7 введение					
8 введение					
9 введение					
10 введение					
11 введение					
12 введение					

* - отмечается введение столбнячного анатоксина (ac)
как при плановой иммунизации, так и при экстренной профилактике

ПРИВИВКИ ПРОТИВ КОРИ

Кратность прививки	Дата проведения	Наименование препарата	Серия	Наименование учреждения	Подпись врача, печать
Вакцинация					
Ревакцинация					

ПРИВИВКИ ПРОТИВ ЭПИДЕМИЧЕСКОГО ПАРОТИТА

Кратность прививки	Дата проведения	Наименование препарата	Серия	Наименование учреждения	Подпись врача, печать
Вакцинация					
Ревакцинация					

ПРИВИВКИ ПРОТИВ КРАСНУХИ

Кратность прививки	Дата проведения	Наименование препарата	Серия	Наименование учреждения	Подпись врача, печать
Вакцинация					
Ревакцинация					

ПРИВИВКИ ПРОТИВ ГРИППА

Дата проведения	Наименование препарата	Наименование учреждения	Подпись врача, печать

ПРИВИВКИ ПРОТИВ ИНФЕКЦИОННЫХ ЗАБОЛЕВАНИЙ, ЭНДЕМИЧНЫХ ДЛЯ СООТВЕТСТВУЮЩИХ ТЕРРИТОРИЙ и пр.*

Дата проведения	Наименование инфекции	Наименование препарата	Наименование учреждения	Подпись врача, печать

* - Против брюшного тифа, желтой лихорадки, чумы, туляремии, бруцеллеза, сибирской язвы, лептоспироза, лихорадки КУ, клещевого энцефалита

ПРИВИВКИ ПРОТИВ АНАЭРОБНЫХ ИНФЕКЦИЙ ПОДРОСТКАМ И ВЗРОСЛЫМ

Кратность прививки	Дата проведения	Наименование препарата (секстаанатоксин, пентаанатоксин, тетраанатоксин, трианатоксин).	Серия	Наименование учреждения	Подпись врача, печать
1 введение					
2 введение					
3 введение					

ВВЕДЕНИЕ ИММУНОГЛОБУЛИНОВ, СЫВОРОТОК

СЕРОЛОГИЧЕСКИЕ ИССЛЕДОВАНИЯ С ЦЕЛЬЮ ОПРЕДЕЛЕНИЯ НАПРЯЖЕННОСТИ ИММУНИТЕТА

Дата проведения исследования	Повод обследования (плановые, эпидобследования)	Наименование инфекции	Результат исследования (титр)	Наименование учреждения	Подпись врача, печать

НЕОБЫЧНЫЕ РЕАКЦИИ И ОСЛОЖНЕНИЯ НА ПРИВИВКИ, НЕПЕРЕНОСИМОСТЬ ЛЕКАРСТВЕННЫХ СРЕДСТВ

Дата возникновения реакции (осложнения)	Вид прививки, наименование лекарственного средства	Характер реакции	Наименование учреждения	Подпись врача, печать

ПРИВИВКИ ПРОТИВ ГЕПАТИТА А

Кратность прививки	Дата проведения	Наименование препарата	Серия	Наименование учреждения	Подпись врача, печать
Вакцинация					
Ревакцинация					

ПРИВИВКИ ПРОТИВ МЕНИНГОКОККОВОЙ ИНФЕКЦИИ СЕРОГРУППА А и С

Кратность прививки	Дата проведения	Наименование препарата	Серия	Наименование учреждения	Подпись врача, печать
Вакцинация					
Ревакцинация					

ПРИВИВКИ ПРОТИВ ГЕМОФИЛЬНОЙ И ТИПЬ (ХИБ-ИНФЕКЦИИ)

Кратность прививки	Дата проведения	Наименование препарата	Серия	Наименование учреждения	Подпись врача, печать

КАЛЕНДАРЬ ПРОФИЛАКТИЧЕСКИХ ПРИВИВОК

Возраст	Вакцины
Новорожденные (в первые 12 часов жизни)	<ul style="list-style-type: none"> Гепатитная В (1)
3-7 дней	<ul style="list-style-type: none"> Туберкулезная (1)
1 месяц	<ul style="list-style-type: none"> Гепатитная В(2)
3 и 4,5 месяца	<ul style="list-style-type: none"> Дифтерийно-коклюшно-столбнячная(1,2), полиомиелитная (1,2) Против гемофильной инфекции* (1 ,2)
6 месяцев	<ul style="list-style-type: none"> Дифтерийно-коклюшно-столбнячная (3), полномиелитная(3) Против гемофильной инфекции* (3) Гепатитная В (3)
12 месяцев	<ul style="list-style-type: none"> Краснушная(1) Коревая (1) Паротитная (1)
18 месяцев	<ul style="list-style-type: none"> Дифтерийно-коклюшно-столбнячная (4), полиомиелитная (4) Против гемофильной инфекции* (4)
20 месяцев	<ul style="list-style-type: none"> Полиомиелитная (5)
6 лет	<ul style="list-style-type: none"> Краснушная(1) Коревая (1) Паротитная (1)
7 лет	<ul style="list-style-type: none"> Дифтерийно-столбнячная (1) Туберкулезная (неинфицированным) (2)
13 лет	<ul style="list-style-type: none"> Краснушная (не привитым и не болевшим девочкам) (1) Гепатитная В (ранее не привитые) (1,2,3)
14 лет	<ul style="list-style-type: none"> Дифтерийно-столбнячная (2) Полиомиелитная (6) Туберкулезная (неинфицированным и непривитым в 7 лет) (2)
Взрослые	<ul style="list-style-type: none"> Дифтерийно-столбнячная (каждые 10 лет)

* - Вакцинация рекомендована Минздравом

ДЛЯ ЗАМЕТОК

ЦентрМар

ЦентрМар