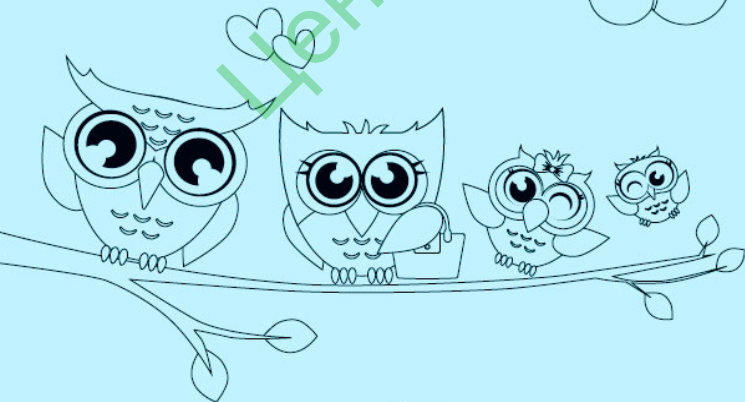




# СЕРТИФИКАТ

о профилактических  
прививках



ЦентрМаг

# **СЕРТИФИКАТ**

о профилактических  
прививках



ЦентрМат

**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>

<p>Учреждение, выдавшее сертификат</p>
--

## ПЕРЕНЕСЕННЫЕ ИНФЕКЦИОННЫЕ ЗАБОЛЕВАНИЯ

Дата возникновения	Наименование заболевания	Наименование учреждения	Подпись врача, печать

## 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 (ас)  
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

Дата проведения	Наименование препарата	Наименование учреждения	Подпись врача, печать

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

\* - Вакцинация рекомендована Минздравом

ДЛЯ ЗАМЕТОК

ЦентрМар



ЦентрМаг

ЦентрМаг