

ДАННЫЕ О ПРИВИВКАХ с указанием даты последней

Прививки	Название препарата	Дата введения	Доза	Серия
Дифтерия		« » » »		
Коклюш		« » » »		
Корь		« » » »		
Гемофильная		« » » »		
Вирусный гепатит		« » » »		
Полиомиелит		« » » »		
ТВЦ		« » » »		
Реакция Манту		« » » »		

ДЕРМАТОЛОГ Осмотр на педикулез **ДА** **НЕТ**

Проводилась санитарная обработка да нет

Дата осмотра _____ 201_г.

Данные осмотра на контагиозные кожные заболевания _____

Подпись врача _____

**ЛЕЧЕБНО ПРОФИЛАКТИЧЕСКОЕ УЧРЕЖДЕНИЕ, КОТОРОЕ
ВЫДАЛО КАРТУ** _____

Адрес _____ Тел. _____

«__» _____ » 20__ год

Лечащий врач _____ подпись _____

Зав.отделения _____ подпись _____

Место печати
