

## KWALIFIKACJA DO SZCZEPIENIA

Czy po poprzednich szczepieniach u dziecka występowały działania niepożądane?	tak	nie
	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Czy Pani/Pana córka była szczepiona przeciwko rakowi szyjki macicy wywołwanemu przez HPV ?	tak	nie
	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Czy u Pani/Pana córki stwierdzono zaburzenia odporności, lub Pani/Pana córka zażywa leki obniżające odporność?	tak	nie
	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Czy stwierdzono u Pani/Pana córki zaburzenia krzepnięcia krwi?	tak	nie
	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

.....  
data i czytelny podpis rodzica (przedstawiciela ustawowego)

---

Wypełnia lekarz

Szczepionkę podano po szczegółowym wywiadzie lekarskim:

Nazwa .....

Nr serii .....

.....  
Data i podpis lekarza