

RAPORT LUNAR
PRIVIND CONSUMUL VACCINURILOR
PROGRAMUL NAȚIONAL DE IMUNIZĂRI

UNITATEA CARE RAPORTEAZĂ (CABINETUL MEDICAL / MATERNITATEA)

Denumire _____

LUNA LA CARE SE REFERĂ RAPORTAREA _____

TIP VACCIN	Nr. doze administrate	Nr. doze rămase
DTP		
VPO		
DTP + HEP. B (Tritanrix)		
HEP. B (Pediatic)		
HEP. B (Adulți)		
ROR		
DT		
VPI		
DTP - VPI		
dT		
VTa		
VACCIN GRIPAL		
VACCIN TIFOIDIC		
VADIZEN		
RUBEOLIC		

Data raportării _____

Semnătura responsabil gestiune vaccin _____

BON DE DISTRIBUIRE VACCIN

Data _____ Beneficiar _____

DENUMIRE VACCIN (INDIFERENT DE FABRICANT)	Nr. doze distribuite
DTP	
VPO	
DTP + HEP. B (Tritanrix)	
HEP. B (Pediatic)	
HEP. B (Adulți)	
ROR	
DT	
VPI	
DTP - VPI	
dT	
VTa	
VACCIN GRIPAL	
VACCIN TIFOIDIC	
VADIZEN	
RUBEOLIC	

Nr. seringi distribuite _____

Am primit (nume, prenume, semnătură) _____