



**СЕРТИФИКАТ
О ПРОФИЛАКТИЧЕСКИХ
ПРИВИВКАХ**

ОБРАЗЕЦ

ОБРАЗЕЦ

ОБРА

Фамилия

РАЗЕЦ

ОБРАЗЕЦ

ОБРАЗЕЦ

Имя

Отчество

ОБРАЗЕЦ

ОБРАЗЕЦ

ОБРА

Дата рождения

Домашний
адрес

РАЗЕЦ

ОБРАЗЕЦ

ОБРАЗЕЦ

Дата выдачи

ОБРАЗЕЦ

ОБРАЗЕЦ

ОБРА

Группа крови

Резус фактор

РАЗЕЦ

ОБРАЗЕЦ

ОБРАЗЕЦ

Учреждение, выдавшее сертификат

ОБРАЗЕЦ

ОБРАЗЕЦ

ОБРА

РАЗЕЦ

ОБРАЗЕЦ

ОБРАЗЕЦ

Введение иммуноглобулинов, сывороток

Дата возникновения (дд, мм, гггг)	Наименование препарата, серия, срок годности	Наименование учреждения	Подпись врача, печать

Непереносимость лекарственных препаратов

Дата возникновения реакции	Вид прививки, наименование препарата	Характер реакции	Наименование учреждения	Подпись врача, печать

ОБРАЗЕЦ

ОБРАЗЕЦ

ОБРАЗЕЦ

Реакция Манту

Дата возникновения (дд, мм, гггг)	Наименование препарата, серия, срок годности	Дата учета	Результат	Наименование учреждения	Подпись врача, печать
	ОБРАЗЕЦ	ОБРАЗЕЦ	ОБРАЗЕЦ	ОБРАЗЕЦ	
ОБРАЗЕЦ	ОБРАЗЕЦ	ОБРАЗЕЦ	ОБРАЗЕЦ		
	ОБРАЗЕЦ	ОБРАЗЕЦ	ОБРАЗЕЦ		
ОБРАЗЕЦ	ОБРАЗЕЦ	ОБРАЗЕЦ	ОБРАЗЕЦ		

ОБРАЗЕЦ

ОБРАЗЕЦ

ОБРАЗЕЦ

Прививки против туберкулеза

Дата проведения (дд, мм, гттг)	Наименование препарата (БЦЖ, БЦЖ-М)	Серия, срок годности	Результат	Наименование учреждения	Подпись врача, печать

Прививки против вирусного гепатита В

Дата проведения (дд, мм, гттг)	Наименование препарата, серия, срок годности	Наименование учреждения	Подпись врача, печать

Прививки против пневмококковой инфекции

Дата проведения (дд, мм, гттг)	Наименование препарата, серия, срок годности	Наименование учреждения	Подпись врача, печать
	ОБРАЗЕЦ	ОБРАЗЕЦ	ОБРАЗЕЦ
ОБРАЗЕЦ	ОБРАЗЕЦ	ОБРАЗЕЦ	

Прививки против ротавирусной инфекции

Дата проведения (дд, мм, гттг)	Наименование препарата, серия, срок годности	Наименование учреждения	Подпись врача, печать
	ОБРАЗЕЦ	ОБРАЗЕЦ	ОБРАЗЕЦ
ОБРАЗЕЦ	ОБРАЗЕЦ	ОБРАЗЕЦ	

Прививки против дифтерии, коклюша, столбняка*

Дата проведения (дд, мм, гggg)	Наименование препарата, серия, срок годности	Наименование учреждения	Подпись врача, печать
	ОБРАЗЕЦ	ОБРАЗЕЦ	ОБРАЗЕЦ
ОБРАЗЕЦ	ОБРАЗЕЦ	ОБРАЗЕЦ	
	ОБРАЗЕЦ	ОБРАЗЕЦ	ОБРАЗЕЦ
ОБРАЗЕЦ	ОБРАЗЕЦ	ОБРАЗЕЦ	

*Отмечается введение столбнячного анатоксина (АС), как при плановой иммунизации, так и при экстренной профилактике

Прививки против кори

Дата проведения (дд, мм, гггг)	Наименование препарата, серия, срок годности	Наименование учреждения	Подпись врача, печать

Прививки против краснухи

Дата проведения (дд, мм, гггг)	Наименование препарата, серия, срок годности	Наименование учреждения	Подпись врача, печать

Прививки против эпидемического паротита

Дата проведения (дд, мм, гггг)	Наименование препарата, серия, срок годности	Наименование учреждения	Подпись врача, печать

Прививки против гемофильной инфекции тип b

Дата	Наименование препарата, серия, срок годности	Наименование учреждения	Подпись врача, печать

Прививки против ветряной оспы

Дата	Наименование препарата, серия, срок годности	Наименование учреждения	Подпись врача, печать

Прививки против менингококковой инфекции

Дата	Наименование препарата, серия, срок годности	Наименование учреждения	Подпись врача, печать
	ОБРАЗЕЦ	ОБРАЗЕЦ	ОБРАЗЕЦ
ОБРАЗЕЦ	ОБРАЗЕЦ	ОБРАЗЕЦ	
	ОБРАЗЕЦ	ОБРАЗЕЦ	ОБРАЗЕЦ
ОБРАЗЕЦ	ОБРАЗЕЦ	ОБРАЗЕЦ	

ОБРАЗЕЦ

ОБРАЗЕЦ

ОБРАЗЕЦ

Прививки против вирусного гепатита А

Дата проведения (дд, мм, гттг)	Наименование препарата, серия, срок годности	Наименование учреждения	Подпись врача, печать

Прививки против вируса папилломы человека

Дата проведения (дд, мм, гттг)	Наименование препарата, серия, срок годности	Наименование учреждения	Подпись врача, печать

Прививки против клещевого энцефалита

Дата проведения (дд, мм, гggg)	Наименование препарата, серия, срок годности	Наименование учреждения	Подпись врача, печать
	ОБРАЗЕЦ	ОБРАЗЕЦ	ОБРАЗЕЦ
ОБРАЗЕЦ	ОБРАЗЕЦ	ОБРАЗЕЦ	
	ОБРАЗЕЦ	ОБРАЗЕЦ	ОБРАЗЕЦ
ОБРАЗЕЦ	ОБРАЗЕЦ	ОБРАЗЕЦ	

ОБРАЗЕЦ

ОБРАЗЕЦ

ОБРАЗЕЦ

Другие прививки*

Дата проведения (дд, мм, гггг)	Наименование препарата, серия, срок годности	Наименование учреждения	Подпись врача, печать

*Вносятся данные об иммунизации против инфекционных заболеваний, эндемичных для соответствующих территорий, а также других прививках

Необычные реакции и осложнения на прививки

Дата возникновения (дд, мм, гггг)	Вид прививки, наименование лекарственного препарата	Характер реакции	Наименование учреждения	Подпись врача, печать
	ОБРАЗЕЦ	ОБРАЗЕЦ	ОБРАЗЕЦ	
ОБРАЗЕЦ	ОБРАЗЕЦ	ОБРАЗЕЦ		
	ОБРАЗЕЦ	ОБРАЗЕЦ	ОБРАЗЕЦ	
ОБРАЗЕЦ	ОБРАЗЕЦ	ОБРАЗЕЦ		

ОБРАЗЕЦ

ОБРАЗЕЦ

ОБРАЗЕЦ

Ваш следующий визит:

Дата, время	Планируемая вакцинация	Рекомендации
ОБРАЗЕЦ	ОБРАЗЕЦ	ОБРАЗЕЦ
ОБРАЗЕЦ	ОБРАЗЕЦ	ОБРАЗЕЦ
ОБРАЗЕЦ	ОБРАЗЕЦ	ОБРАЗЕЦ

ОБРАЗЕЦ

ОБРАЗЕЦ

ОБРАЗЕЦ

ОБРАЗЕЦ

Ваш следующий визит:

ОБРАЗЕЦ

ОБРАЗЕЦ

Дата, время	Планируемая вакцинация	Рекомендации
ОБРАЗЕЦ	ОБРАЗЕЦ	ОБРАЗЕЦ
ОБРАЗЕЦ	ОБРАЗЕЦ	ОБРАЗЕЦ
ОБРАЗЕЦ	ОБРАЗЕЦ	ОБРАЗЕЦ

ОБРАЗЕЦ

ОБРАЗЕЦ

ОБРАЗЕЦ

Национальный календарь профилактических прививок РФ 2014г

Приказ Минздрава России №125н от 21.03.2014 (приложение 1)

	Дети до 18 лет														Взрослые					
	Месяцы										Годы				Годы					
	0	1	2	3	4,5	6	12	15	18	20	6	7	14	15-17	18-25	26-35	36-55	56-59	60+	
Туберкулез	3-7 д.										RV									
Гепатит В	V1	V2									V3									
	V1	V2	V3								V4									
Пневмококковая инфекция			V1		V2						RV									
Коклюш																				
Дифтерия			V1	V2	V3				RV1											
Столбняк											АДС-м RV2	АДС-м RV2				Каждые 10 лет с момента последней ревакцинации (АДС-м)				
Полиомиелит				ИПВ	ИПВ	ОПВ			ОПВ	ОПВ							ОПВ			
				ИПВ		ИПВ			ИПВ	ИПВ							ИПВ			
Гемофильная инфекция			V1	V2	V3				RV											
Корь																				
Краснуха								V1											Девушки	
Эпидемический паротит																				
Грипп											Ежегодно									

Всем лицам данной возрастной группы

Лицам из групп риска, по показаниям, привычки (грипп)

Ранее не привитые, не болевшие, не имеющие сведений и однократно привитые (для кори и краснухи)

V1,2,3 – порядковый номер вакцинации

RV – ревакцинация

КДС – коклюш – дифтерия – столбняк

ИПВ – инактивированная полиомиелитная вакцина


ОПВ – оральная полиомиелитная вакцина


АДС – м – натоксин дифтерийно-столбнячный очищенный с уменьшенным содержанием антигенов


Календарь профилактических прививок по эпидемическим показаниям РФ 2014 (в сокращении)¹

Приказ Минздрава России №125н от 21.03.2014 (приложение 2)


	Месяцы					Годы				Взрослые
	6-12 недель	3	4,5	6	8 / 32 недели	1	2	3	5	
Гепатит А						2 дозы*				
Менингококковая инфекция						VI				
Корь										
Гепатит В										
Дифтерия										
Эпидемический паротит										
Пневмококковая инфекция						VI*				
Ветряная оспа						2 дозы*				
Ротавирусная инфекция	VI*		V2, V3 через 4-10 недель*							
Гемофильная инфекция						VI*				

 Проживающие или выезжающие в неблагополучные регионы; работники пищевой промышленности, водоканала; контактные лица

 Дети и взрослые в очагах, в эндемичных регионах; призывники

 Не привитые, не болевшие, не имеющие сведений и однократно привитые (корь)

 Дети 2-5 лет; взрослые из групп риска; призывники

 Дети/взрослые из групп риска; призывники (не болевшие и не привитые ранее)

 Активная вакцинация с целью профилактики

 Не привитые на первом году

* Схема, согласно действующим инструкциям по медицинскому применению препаратов

1. Приказ Министерства здравоохранения РФ от 21 марта 2014 г. N 125н Ъ «Об утверждении национального календаря профилактических прививок и календаря профилактических прививок по эпидемическим показаниям» m.garant.ru/hotlaw/federal/540503

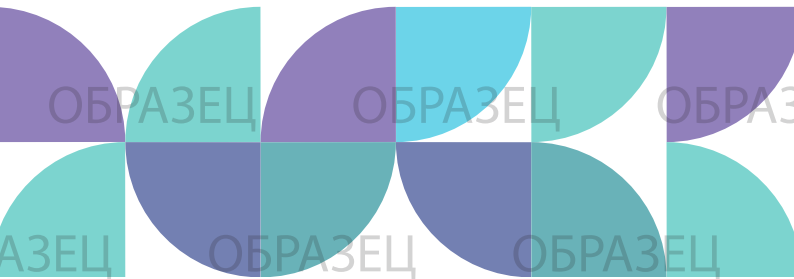
**ДЕТСКАЯ КЛИНИКА
ДОКАЗАТЕЛЬНОЙ МЕДИЦИНЫ**

Ленинский проспект, 103

+7 495 481 40 04

www.nv-clinic.ru

Info@nv-clinic.ru



**ООО Наше время
Лицензия №ЛО-77-01-017-031 от 15.11.2018**

**ИМЕЮТСЯ ПРОТИВОПОКАЗАНИЯ
НЕОБХОДИМА КОНСУЛЬТАЦИЯ СПЕЦИАЛИСТА**