

Unitatea sanitară .....  
(denumirea, adresa, telefonul, fax) .....

# Fișă de vaccinare<sup>1)</sup>

CNP \_\_\_\_\_

<sup>1</sup> Însoțește avizul epidemiologic la înscrierea preșcolărilor și elevilor în unitatea de învățământ

Numele și prenumele: .....

Sexul: ..... Vârsta: ..... ani

Adresa .....  
(strada, nr. , orașul, județul/sectorul) .....

Instituția la care dorește să se înscrie (școala, liceul, grădinița, creșa): .....

Numele și prenumele părintelui: .....

Telefoanele de contact ale părintelui: .....

## Vaccinări:

Numărul carnetului de vaccinare al copilului:

### a) vaccinări conform Programului național de vaccinare:

*hepatita	/ / /	- - / - - / - -	- - / - - / - -	- - / - - / - -	- - / - - / - -
BCG	/ / /				
*DTP	- - / - - / - -	- - / - - / - -	- - / - - / - -	- - / - - / - -	- - / - - / - -
*HiB	- - / - - / - -	- - / - - / - -	- - / - - / - -	- - / - - / - -	- - / - - / - -
*Polio	- - / - - / - -	- - / - - / - -	- - / - - / - -	- - / - - / - -	- - / - - / - -

\*) Se menționează toate antigenele administrate, indiferent de tipul de vaccin utilizat (mono-, tetra-, penta- sau hexavalente).

### b) vaccinări opționale:

gripal	- - / - - / - -	- - / - - / - -	- - / - - / - -	- - / - - / - -
pneumococic	/ / /	- - / - - / - -	- - / - - / - -	- - / - - / - -
rotavirus	/ / /	- - / - - / - -		
varicela	- - / - - / - -	- - / - - / - -		
HPV	- - / - - / - -	- - / - - / - -	- - / - - / - -	
Hepatita	- - / - - / - -	- - / - - / - -		
Altele, specificați	_____	- - / - - / - -	- - / - - / - -	- - / - - / - -

Data:

Nume medic:

Semnătură, parafă:

NOTE:

1. Evaluarea se realizează pe baza examinării clinice și a antecedentelor personale existente la fișa medicală a copilului.
2. Investigații clinice și paraclinice suplimentare vor fi solicitate de către medicul de familie **doar în cazul existenței semnelor și simptomelor specifice de boală acută/cronică/infecțioasă.**
3. Adeverința medicală poate fi eliberată de medicul de familie la efectuarea examenelor anuale de bilanț ale preșcolărilor și elevilor, eliberarea acesteia reprezentând activitate de suport, conform prevederilor *Ordinului ministrului sănătății și al președintelui Casei Naționale de Asigurări de Sănătate nr. 388/186/2015 privind aprobarea Normelor metodologice de aplicare în anul 2015 a Hotărârii Guvernului nr. 400/2014 pentru aprobarea pachetelor de servicii și a Contractului-cadru care reglementează condițiile acordării asistenței medicale în cadrul sistemului de asigurări sociale de sănătate pentru anii 2014-2015, cu modificările și completările ulterioare.*