

Obrazac broj 6

Cjepitelj _____ Općina _____

(Ime zdravstvenog djelatnika)

Ustanova _____ Županija _____

(privatnik, dom zdravlja, zavod za javno zdravstvo)

Adresa _____

Godišnje izvješće o izvršenim obveznim imunizacijama u _____ godini

Cijepljeno je protiv	broj osoba	od predviđenih	%
Difterije, tetanusa i pertusisa (DTP) Potpuno primarno (sve tri doze)*			
DTP Docjepljivanje 1.			
DTP Docjepljivanje 2.			
Difterije i tetanusa (Td) docjepljivanje 1.			
Difterije i tetanusa (Td) docjepljivanje 2.			
Difterije i tetanusa (Td) docjepljivanje 3.			
Tetanusa docjepljivanje			

Poliomijelitisa			
Potpuno primarno (sve tri doze)*			
Poliomijelitisa docjepljivanje 1.			
Poliomijelitisa docjepljivanje 2.			
Poliomijelitisa docjepljivanje 3.			
Haemophilusa influenzae tip B			
Potpuno primarno (sve tri doze)*			
Haemophilusa influenzae tip B docjepljivanje			
Ospica, rubeole i parotitisa primarno			
Ospica, rubeole i parotitisa docjepljivanje			
Tuberkuloze (primarno)			
Tuberkuloze cijepljenje nakon PPD testiranja (tuberkulin negativne osobe)			
Hepatitis B dojenčad (potpuno)*			
Hepatitis B školska djeca (potpuno)*			

* Upisuje se samo onaj broj osoba koje su tijekom godine potpuno dovršile primovakcinaciju, bilo da su primile sve tri doze, bilo da su primile zaostalu jednu ili dvije doze iz prethodne godine, a ne i one koje su tek započele seriju od tri doze.

Mjesto i datum _____ Potpis odgovorne osobe: _____