



Kod przyjęcia .....

## KARTA ZLECEŃ LEKÓW ODDZIAŁU NEONATOLOGII ZLECENIA JEDNORAZOWE LEKI

Imię i nazwisko, płeć ..... PESEL/Data ur. ....

Zlecenia			Zlecenia - leki	Wykonanie zlecenia	
Data	Podpis lekarza	Podpis położnej/piel. odbierającej		Data	Podpis położnej/piel. wykonującej
			VITAMINA K		
			SZCZEPNIENIE BCG, P/WZW B		

### ZAŚWIADCZENIE O PRZEPROWADZONYM LEKARSKIM BADANIU KWALIFIKACYJNYM

W wyniku przeprowadzonego w dniu ..... godz. .... lekarskiego badania kwalifikacyjnego zaświadcza się, że:  
U Pana/i ..... urodzonego/ej w dniu .....  
Nr PESEL matki .....

☐ Stwierdzono brak przeciwwskazań do przeprowadzenia obowiązkowego szczepienia ochronnego przeciw WZW B i BCG

.....  
w okresie do 24 godzin od przeprowadzenia badania kwalifikującego.

☐ Stwierdzono przeciwwskazania do przeprowadzenia obowiązkowego szczepienia ochronnego dając podstawy do długotrwałego odroczenia wykonania szczepienia i skierowano na konsultację specjalistyczną do poradni (podać adres)

☐ Uzyskano ustną zgodę matki na szczepienie. Wywiad od matki obciążony/nieobciążony

UWAGI LUB ZALECENIA LEKARZA

.....  
.....  
.....  
.....  
Sucha Beskidzka dnia .....

## KARTA ZLECEŃ LEKÓW ODDZIAŁU NEONATOLOGII

Imię i nazwisko, płeć \_\_\_\_\_ PESEL/Data ur. \_\_\_\_\_

ZLECENIA WIELORAZOWE			Data Godz.	Podpis osoby wykonującej zlecenie							
Nazwa leku	Dawka podania	Droga podania									
Dawkowanie (mg/kg m.c.)	Masa ciała	Interwał czasowy									
Data zlecenia	Podpis lek.	Podpis piel.									
Data odstawienia	Podpis lek.	Podpis piel.									

[illegible][illegible][illegible][illegible]