

--	--	--	--	--	--	--	--	--	--

(šifra)

(naziv i adresa ordinacije)

(pečat)

UGOVORNI DOKTOR

--	--	--	--	--	--	--	--

(šifra)

(ime i prezime)

(faksimil)

MJESEČNO IZVJEŠĆE O POTROŠNJI CJEPIVA

--	--	--

(šifra)

(naziv područnog ureda)

--	--

(mjesec)

--	--	--	--

(godina)

Cjepivo (doze)	Stanje na početku mjeseca	Ulaz tokom mjeseca	Utrošeno/primijenjeno	Preostalo na kraju mjeseca
BCG				
PPD				
Hep B pediatrica				
DTPa-IPV-Hib				
DTPa				
DTPw				
IPV				
Hib				
MPR				
DT infant				
Td adult				
Morbili (mono)				
Parotitis (mono)				
Rubela (mono)				
Ana-Te				
Gripa za odrasle				
Pneumo 23 (polisaharidno)				
Prevenar (konjugirano)				
Hep B adult				
Imunoglobulin anti-HBs				
Palivizumab-Synagis				
Trbušni tifus-Typhim				
Gripa za djecu				

Datum: _____

Potpis i faksimil ugovornog doktora medicine: _____