

POPUNJAVA IZABRANI LIJEČNIK

IME I PREZIME DJETETA: _____ DATUM ROĐENJA: _____

1. Trudnoća po redu:
2. Komplikacije u trudnoći:
3. Porod u tjednu trudnoće:
4. Porođajna težina: dužina: APGAR:
5. Rizični faktori u dojenačkoj dobi:
6. Preboljele zarazne bolesti:
7. Boluje li od kakve kronične bolesti?
8. Je li ležao/la u bolnici i radi čega (otpusna Dg)?
9. Ima li dokazanu preosjetljivost na neke lijekove ili cjeviva?
10. Ostala zapažanja u vezi somatskog i psihičkog razvoja djeteta:

KALENDAR CIJEPLJENJA

| Vrsta cijepljenja | P1 | P2 | P3 | R1 | R2 |
|---------------------------|----|----|----|----|----|
| BCG | | | | | |
| DTPa-IPV-HepB-Hib | | | | | |
| DTPa-IPV-Hib | | | | | |
| Hepatitis B pedijatrijski | | | | | |
| Mo-Pa-Ru | | | | | |
| Di-Te-Per acelularni | | | | | |
| Ana-Te (Tetanus) | | | | | |
| Pn (Pneumokok za <5 god) | | | | | |
| | | | | | |
| | | | | | |