

חלק א': החיסונים שעל סטודנט להפרעות בתקשורת לקבל

תאריך: _____

שם _____ ת"ז _____ גיל _____

סטודנטיות: האם בהריון: לא/כן/לא ידוע אם כן: שבוע ההריון: _____

להלן רשימת החיסונים שהני"ל קיבל בעבר וחיסונים שעליו לקבל:

צריך לקבל						קיבל בעבר					
מנה 3		מנה 2			מנה 1			מנה 3	מנה 2	מנה 1	
חתימה	אצווה	תאריך	חתימה	אצווה	תאריך	חתימה	אצווה	תאריך	תאריך	תאריך	החיסון
											OPV/IPV
											Td
											MMR
											חצבת
											אדמת
											הפטיטיס B

בדיקת מנטו: (יש לבצע בדיקה שניה אם תוצאת הבדיקה הראשונה נמוכה מ10 מ"מ)

תאריך הזרקה: _____ תאריך קריאה: _____ תוצאה: _____ מ"מ. תאריך הפנייה לבדיקה שניה: _____

תאריך הזרקה: _____ תאריך קריאה: _____ תוצאה: _____ מ"מ. בוצע צילום חזה: כן/לא

תוצאות הצילום: _____

טיפול מומלץ: _____

שם האחות: _____ חתימה: _____

חלק ב': אישור

אני מאשר כי הסטודנט/ית _____ קיבל/ה את כל החיסונים המוזכרים מעלה.

שם האחות: _____