

POPUNJAVA IZABRANI LIJEČNIK

IME I PREZIME DIJETETA: _____ 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 cjepiva?
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)					

* NAPOMENA ZA RODITELJE: ispunjeni listić molim poslati na mail školskoj liječnici: skolska2sr@zzjz-ck.hr ili na viber: 098/921-8330

potpis i faksimil liječnika