T.C.
SAĞLIK BAKANLIĞI
Form No: 012/A

0-4 YAŞ (0-59 AY) AŞI KAYIT FİŞİ

Muhtarlığı:_____

Sokağı:_____

İL: _____ KURUM: _____

İLÇE: _____ SAĞLIK EVİ: _____

Sıra no	Hane no	TC Kimlik no	Soyadı	Adı	Baba adı	Adres/Telefon	Doğumda NT'a karşı korunmuş Evet/Hayır*	Doğum Tarihi Gün/Ay/Yıl	PPD Tarih	PPD Sonuç	BCG	Hepatit B I	Hepatit B II	Hepatit B III	DaBT-İPA-Hib I	DaBT-İPA-Hib II	DaBT-İPA-Hib III	DaBT-İPA-Hib R
								Lot no										
									Konjuge Pnömokok Aşısı				OPA		KKK		Hib	
									I	II	III	R	I	R	I			
								Lot no										

Sıra no	Hane no	TC Kimlik no	Soyadı	Adı	Baba adı	Adres/Telefon	Doğumda NT'a karşı korunmuş Evet/Hayır*	Doğum Tarihi Gün/Ay/Yıl	PPD Tarih	PPD Sonuç	BCG	Hepatit B I	Hepatit B II	Hepatit B III	DaBT-İPA-Hib I	DaBT-İPA-Hib II	DaBT-İPA-Hib III	DaBT-İPA-Hib R
								Lot no										
									Konjuge Pnömokok Aşısı				OPA		KKK		Hib	
									I	II	III	R	I	R	I			
								Lot no										

Sıra no	Hane no	TC Kimlik no	Soyadı	Adı	Baba adı	Adres/Telefon	Doğumda NT'a karşı korunmuş Evet/Hayır*	Doğum Tarihi Gün/Ay/Yıl	PPD Tarih	PPD Sonuç	BCG	Hepatit B I	Hepatit B II	Hepatit B III	DaBT-İPA-Hib I	DaBT-İPA-Hib II	DaBT-İPA-Hib III	DaBT-İPA-Hib R
								Lot no										
									Konjuge Pnömokok Aşısı				OPA		KKK		Hib	
									I	II	III	R	I	R	I			
								Lot no										

Sıra no	Hane no	TC Kimlik no	Soyadı	Adı	Baba adı	Adres/Telefon	Doğumda NT'a karşı korunmuş Evet/Hayır*	Doğum Tarihi Gün/Ay/Yıl	PPD Tarih	PPD Sonuç	BCG	Hepatit B I	Hepatit B II	Hepatit B III	DaBT-İPA-Hib I	DaBT-İPA-Hib II	DaBT-İPA-Hib III	DaBT-İPA-Hib R
								Lot no										
									Konjuge Pnömokok Aşısı				OPA		KKK		Hib	
									I	II	III	R	I	R	I			
								Lot no										

Sıra no	Hane no	TC Kimlik no	Soyadı	Adı	Baba adı	Adres/Telefon	Doğumda NT'a karşı korunmuş Evet/Hayır*	Doğum Tarihi Gün/Ay/Yıl	PPD Tarih	PPD Sonuç	BCG	Hepatit B I	Hepatit B II	Hepatit B III	DaBT-İPA-Hib I	DaBT-İPA-Hib II	DaBT-İPA-Hib III	DaBT-İPA-Hib R
								Lot no										
									Konjuge Pnömokok Aşısı				OPA		KKK		Hib	
									I	II	III	R	I	R	I			
								Lot no										

Aşılar için ayrılmış bölümde üst kısma aşının yapıldığı tarih, alt kısma yapılan aşının lot numarası yazılacaktır.
Sulandırılarak kullanılan aşılar için aşı ve sulandırıcının lot no'ları ayrı ayrı yazılacaktır. DaBT-İPA-Hib aşısı için kutunun üzerindeki lot no kaydedilecektir.
Aşılama tarihleri gün/ay/yıl olarak belirtilecektir.
Diğer kurumlar tarafından yapılıp bildirilen/tespit edilen kamu aşıları mavi kalemle kaydedilecektir.
Özel aşıların jenerik içeriği kırmızı kalemle kaydedilecektir.
* Çocuk ilk aşısı için geldiğinde annenin gebelikteki tetanoz aşılanma durumu sorgulanarak kaydedilir.
** "Diğer" bölümüne GBP kapsamı dışında olan yada GBP kapsamı içinde olup yukarıdaki başlıklarda belirtilmeyen antijenler kaydedilecektir.

T.C.
SAĞLIK BAKANLIĞI
Form No: 012/B

5 YAŞ ÜZERİ AŞI KAYIT FİŞİ

Muhtarlığı:_____

Sokağı:_____

İL:_____ KURUM:_____

İLÇE:_____ SAĞLIK EVİ:_____

Sıra No	Hane No	TC Kimlik no	Soyadı	Adı	Baba Adı	Adres/Telefon	Doğum Tarihi Gün/Ay/Yıl	PPD		OPA	KKK	Td		Td	Td (15-49 Yaş Kadın)										Hepatit B			Diğer*
								Yapıldığı Tarih	Sonuç	İlk 1	İlk 1	İlk 1	İlk 8	Diğer	Td1		Td2		Td3		Td4		Td5		I	II	III	
															Gebe	Gebe Değil	Gebe	Gebe Değil	Gebe	Gebe Değil	Gebe	Gebe Değil	Gebe	Gebe Değil				
							Lot no																					
							Lot no																					
							Lot no																					
							Lot no																					
							Lot no																					
							Lot no																					

Aşılar için ayrılmış bölümde üst kısma aşının yapıldığı tarih, alt kısma yapılan aşının lot numarası yazılacaktır.
Sulandırılarak kullanılan aşılar için aşı ve sulandırıcının lot no'ları ayrı ayrı yazılacaktır.
Aşılama tarihleri gün/ay/yıl olarak belirtilecektir.
Diğer kurumlar tarafından yapılıp bildirilen/tespit edilen kamu aşıları mavi kalemle kaydedilecektir.
Özel aşıların jenerik içeriği kırmızı kalemle kaydedilecektir.
* "Diğer" bölümüne GBP kapsamı dışında olan yada GBP kapsamı içinde olup yukarıdaki başlıklarda belirtilmeyen antijenler kaydedilecektir.