T.C.
SAĞLIK BAKANLIĞI
Form No:012/B

5 YAŞ AŞI KAYIT FİŞİ

İL :_____ KURUM: _____
İLÇE :_____

TLF NO	Soyadı	Adı	Baba Adı	Doğam Tarihi Ay Yıl	PPD		BCG	Polio	Kızamık	Td		TT	Tt (15-49 Yaş Kadın)										Risk Gruplarına Hepatit B		
					Yapıldığı Tarih	Sonuç	İlk 1	İlk 1	İlk 1	İlk 1	İlk 8	Diğer	TT1		TT2		TT3		TT4		TT5		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																					
				Lot no																					
				Lot no																					
				Lot no																					
				Lot no																					

Aşılar için ayrılmış bölümde üst kısıma aşının yapıldığı tarih, alt kısma yapılan aşının lot numarası yazılacaktır.