Приложение № 8а към чл. 16, ал. 1, т. 1

|  |
| --- |
| ГОДИШЕН ПЛАН за …................... г. |
| от д-р …..................................................... |
| на подлежащите на задължителни планови имунизации и необходимите дози биопродукти по видове и количества за тяхното обхващане |
| Биопродукти | Подлежащи лица | Брой дози |
| 1 | 2 | 3 |
| ППД (общо) |   |   |
| - на 7 г. |   |   |
| - на 11 г. |   |   |
| - на 17 г. |   |   |
| БЦЖ (общо) |   |   |
| - на 7 г. |   |   |
| - на 11 г. |   |   |
| - на 17 г. |   |   |
| Педиатрична хепатит Б ваксина (общо) |   |   |
| - ІІ прием |   |   |
| - ІІІ прием |   |   |
| Конюгирана пневмококова ваксина (общо) |   |   |
| - І прием |   |   |
| - ІІ прием |   |   |
| - ІІІ прием |   |   |
| - ІV прием |   |   |
| Полиомиелитна инактивирана ваксина |   |   |
| - І прием |   |   |
| - ІІ прием |   |   |
| - ІІІ прием |   |   |
| - ІV прием |   |   |
| - V прием (на 6 год.) |   |   |
| ДТКа |   |   |
| - І прием |   |   |
| - ІІ прием |   |   |
| - ІІІ прием |   |   |
| - ІV прием |   |   |
| - V прием (на 6 год.) |   |   |
| Конюгирана хемофилус инфлуенце тип Б ваксина (ХИБ) |   |   |
| - І прием |   |   |
| - ІІ прием |   |   |
| - ІІІ прием |   |   |
| - ІV прием |   |   |
| МПР (общо) |   |   |
| - І прием (13-мес.) |   |   |
| - ІІ прием (12-год.) |   |   |
| Тд (общо) |   |   |
| - на 12 г. |   |   |
| - на 17 г. |   |   |
| - на 25 г. |   |   |
| - на 35 г. |   |   |
| - на 45 г. |   |   |
| - на 55 г. |   |   |
| - на 65 г. |   |   |
| - на 75 г. |   |   |
| - на и над 85 г. |   |   |
|   |
| Съставил сведението: .................................................................................................................................................................................... |
| (име и подпис) |
| Телефон за връзка: ................................................................................................................................ |