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: ................................................................................................................................ | | | |