|  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- |
| 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 |
| ППД (общо) | |  | |  |
| - на 7 - 10 м. | |  | |  |
| - на 7 г. | |  | |  |
| БЦЖ (общо) | |  | |  |
| - на 7 - 10 м. | |  | |  |
| - на 7 г. | |  | |  |
| Педиатрична хепатит Б ваксина (общо) | |  | |  |
| - ІІ прием | |  | |  |
| - ІІІ прием | |  | |  |
| Конюгирана пневмококова ваксина (общо) | |  | |  |
| - І прием | |  | |  |
| - ІІ прием | |  | |  |
| - ІІІ прием | |  | |  |
| Полиомиелитна инактивирана ваксина | |  | |  |
| - І прием | |  | |  |
| - ІІ прием | |  | |  |
| - ІІІ прием | |  | |  |
| - ІV прием | |  | |  |
| - V прием (на 6 год.) | |  | |  |
| ДТКа | |  | |  |
| - І прием | |  | |  |
| - ІІ 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.) | |  | |  |
| Тдка | |  | |  |
| - на 12 г. | |  | |  |
| Тд (общо) | |  | |  |
| - 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: ............................................................................................................................... | | | | |