



ΕΛΛΗΝΙΚΗ ΔΗΜΟΚΡΑΤΙΑ
ΝΟΜΟΣ ΔΩΔΕΚΑΝΗΣΟΥ
ΔΟΠΑΙΣΑΠ ΛΕΡΟΥ

ΠΙΣΤΟΠΟΙΗΤΙΚΟ ΕΜΒΟΛΙΑΣΜΟΥ

(Να συμπληρωθεί από τον Παιδίατρο)

Όνοματεπώνυμο :

Ημερομηνία γέννησης

Να συμπληρωθούν από τον παιδίατρο με ένα $\sqrt{\quad}$ τα εμβόλια που έχουν γίνει, στη δε τελευταία δόση, να αναγράφεται η ημερομηνία που αυτή έγινε.

ΕΜΒΟΛΙΑ	1 ^Η ΔΟΣΗ	2 ^Η ΔΟΣΗ	3 ^Η ΔΟΣΗ	4 ^Η ΔΟΣΗ	5 ^Η ΔΟΣΗ
Διφθερίτιδας Τετάνου Κοκκύτη (DTP ή DTaP)					
Πολιομυελίτιδας (Polio)					
Αιμόφιλου της ινφλουέντζας (Hib)					
Ηπατίτιδας B (HepB)					
Ίλαράς Ερυθράς Παρωτίτιδας (MMR)					
Φυματική Δοκιμασία (Mantoux)					
Φυματίωση ς (BCG)					
Μηνιγγιτιδόκοκκου					
Πνευμονιόκοκκου					
Ανεμοβλογιάς					
Ηπατίτιδας A					
Λοιποί εμβολιασμοί					

Ημερομηνία/...../.....

Ο ΠΑΙΔΙΑΤΡΟΣ
υπογραφή - σφραγίδα