Miasto, data

Imię i nazwisko rodziców

Adres

**O Ś W I A D C Z E N I E**

Oświadczam, że moje dziecko…………………………….…...…………………

## Nr PESEL………………………………, dnia………………………. otrzymało szczepionkę Synflorix nr serii ASPNB005AE w placówce …………………….. ….……………………………………., adres …………………………………. .

## …………………………………………………………………………………….

U mojego dziecka dnia …….……..….wystąpiły następujące niepożądane odczyny poszczepienne : ………………………………………………………... ………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………

Dziecko było hospitalizowane w dniach ………………………………………..

 *„Niepożądany odczyn poszczepienny — niepożądany objaw chorobowy pozostający w związku czasowym z wykonanym szczepieniem ochronnym.”*USTAWA z dnia 5 grudnia 2008 r. o zapobieganiu oraz zwalczaniu zakażeń i chorób zakaźnych u ludzi Art. 2. ust.16

 (podpis)