**Bērnu aprūpes iestādes vai internātskolas bērnu vakcinācijas pret ērču encefalītu**

**plāns 2019. gadam**

|  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| **⁭** | Bērnu aprūpes iestāde | |  | | | | | |
|  |  | | nosaukums, adrese | | | | | |
| **⁭** | Internātskola | |  | | | | | |
|  |  | | nosaukums, adrese | | | | | |
| **Vecuma grupa** | | | | **Rindas**  **numurs** | **1-11 gadi** | **12-15 gadi** | **16-17 gadi** |
| **Uzskaitē esošo bērnu skaits** | | | | 01 |  |  |  |
| **t.sk. bāreņi vai bez vecāku gādības palikušie bērni** | | | | 02 |  |  |  |
| **2019. gadā plānoto vakcināciju skaits** | | **1.pote** | | 03 |  |  |  |
| **2.pote** | | 04 |  |  |  |
| **3.pote** | | 05 |  |  |  |
| **balstvakcinācija** | | 06 |  |  |  |
| **Vakcīnas atlikums uz 01.01.2019.\*** | | | | 07 |  |  |  |
| **Plānotais vakcīnu pasūtījums 2019. gadam** | | | | 08 |  |  |  |
| **Piezīmes** | | | | 09 |  |  |  |

\*– 07. rindu jāaizpilda, ja Jūsu iestādē 2018.gadā tika veikta valsts apmaksāta bērnu vakcināciju pret ērču encefalītu. Vakcīnas atlikums obligāti jānorāda pēc statusa uz 01.01.2019.

|  |  |
| --- | --- |
| Par vakcināciju atbildīgās personas | \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_(amats)  \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_(vārds, uzvārds)  \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_(paraksts) |