**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)  |