

T.C.
SAĞLIK BAKANLIĞI
Form No:012/A

0-4 YAŞ (0-59 AY) AŞI KAYIT FİŞİ

İL : _____
İLÇE : _____

KURUM: _____

TLF NO	Soyadı	Adı	Baba Adı	Doğam Tarihi Ay Yıl	PPD		BCG	DBT				POLİO				Hepatit B			Kızamık		
					Tarih	Sonuç		I	II	III	R	I	II	III	R	I	II	III			
				Lot no →																	
				Lot no →																	
				Lot no →																	
				Lot no →																	
				Lot no →																	
				Lot no →																	
				Lot no →																	
				Lot no →																	
				Lot no →																	
				Lot no →																	

Aşılar için ayrılmış bölümde üst kısma yapıldığı tarih, alt kısma yapılan aşının lot numarası yazılacaktır.