

**SPRAWOZDANIE ZE ZUŻYCIA PRPARATU SZCZEPIONKOWEGO DTaP
ZA OKRES OD DO**

Lp.	Nazwa preparatu	Grupa dzieci uprawnionych do szczepień DTaP	Jednostka miary	Liczba podanych dawek	Liczba dzieci, u których rozpoczęto szczepienia
1.	Tripacel/ Infanrix	Dzieci w 6 r. ż.	dawka		
2.	Tripacel/ Infanrix	Dzieci z trwałymi p/wskazaniami do szczepienia krztuścem pełnokomórkowym	dawka		